FLORENTIN DUMITRACHE **ŞTEFAN BUŢUREANU**

RĂZVAN SOCOLOV **DUMITRU GAFIŢANU**

OBSTETRICĂ PRACTICĂ

Manual pentru învăţământul universitar
şi postuniversitar

Editura „Gr. T. Popa", U.M.F. Iaşi
2011

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
Obstetrică practică / Florentin Dumitrache, Ştefan Buţureanu, Răzvan Socolov, Dumitru Gafiţanu. - Iaşi : Editura Gr.T. Popa, 2011
ISBN 978-606-544-070-8

I. Dumitrache, Florentin
II. Buţureanu, Ştefan
III. Socolov, Răzvan
IV. Gafiţanu, Dumitru

618.2

Referent ştiinţific: Prof. dr. Florentina PRICOP – U.M.F. „Gr. T. Popa" Iaşi

Tehnoredactare computerizată: ing. Sorin Popescu

Coperta: Marius Atanasiu

Editura „Gr. T. Popa"
Universitatea de Medicină şi Farmacie Iaşi
Str. Universităţii nr. 16

Toate drepturile asupra acestei lucrări aparţin autorului şi Editurii „Gr.T. Popa" Iaşi. Nici o parte din acest volum nu poate fi copiată sau transmisă prin nici un mijloc, electronic sau mecanic, inclusiv fotocopiere, fără permisiunea scrisă din partea autorului sau a editurii.

Tiparul executat la Tipografia Universităţii de Medicină şi Farmacie "Gr. T. Popa" Iaşi
str. Universităţii nr. 16, cod. 700115, Tel. 0232 301678

Autori:

FLORENTIN DUMITRACHE
Profesor universitar obstetrică-ginecologie
U.M.F. "Gr. T. Popa" Iaşi

ŞTEFAN BUŢUREANU
Profesor universitar obstetrică-ginecologie
U.M.F. "Gr. T. Popa" Iaşi

RĂZVAN SOCOLOV
Şef lucrări obstetrică-ginecologie
U.M.F. "Gr. T. Popa" Iaşi

DUMITRU GAFIŢANU
Asistent universitar obstetrică-ginecologie
U.M.F. "Gr. T. Popa" Iaşi

Colaborator:

ANDREI CARTAS
Medic rezident obstetrică-ginecologie
Clinica III „Elena Doamna” Iaşi

Cuprins

Cuvânt înainte 9

BAZINUL OSOS NORMAL 11
Studiu anatomic, clinic şi imagistic 11
Studiu anatomic al bazinului normal 11
Studiul clinic al bazinului osos 15
Studiul imagistic al bazinului 17

MOBILUL FETAL 19

PREZENTAŢII, POZIŢII, VARIETĂŢI DE POZIŢIE 22
Prezentația 22
Poziţia 23
Varietatea de poziţie 23
Prezentaţia pelvină 25
Prezentaţia transversă 25

MECANISMUL GENERAL DE NAŞTERE ÎN PREZENTAŢIA CRANIANĂ 26
Capul fetal. 26
Umerii şi trunchiul fetal 28

ASISTENŢA LA NAŞTERE ÎN PREZENTAŢIA CRANIANĂ 36
Asistenţa naşterii în prima perioadă (de dilataţie a colului) 37
Asistenţa naşterii în a II-a perioadă (dirijarea expulziei) 46
Asistenţa naşterii în perioada a III-a a naşterii 50
Naşterea naturală după operaţia de cezariană 52

PROBA DE NAŞTERE 54

DECLANŞAREA ARTIFICIALĂ A NAŞTERII 59
Elemente de fiziologie a naşterii 59
Declanşare artificială a naşterii (DAN) 60

PREZENTAŢIA PELVINĂ 68
Mecanismul de naştere 70
Factorii de risc în prezentaţia pelvină 72
Conduita în timpul sarcinii 73
Conduita în perioada de dilatare a colului 74
Asistenţa la naştere 76
Atitudinea în perioada de delivrare 79
Consideraţii de principiu asupra naşterii în prezentaţia pelvină 79
Conduita în naşterea distocică 80
Operaţia cezariană în prezentaţia pelvină 81
Prognostic 82
Marea şi mica extracţie 82

PREZENTAŢIA TRANSVERSĂ 85

PREZENTAŢII CRANIENE DEFLECTATE 88
Prezentaţia frontală 88
Prezentaţia bregmatică 90
Prezentaţia facială 90

SARCINA GEMELARĂ 94
Clasificare 94
Diagnosticul clinic pozitiv 95
Diagnosticul diferenţial 96
Complicaţii 96
Prezentaţiile în sarcina gemelară 97
Conduita 97
Cezariana în sarcina gemelară 98

CONSULTAŢIA PRENATALĂ 99
Consultaţia preconcepţională 99
Consultaţia prenatală 102

IGIENA SARCINII 118
Igiena generală 118
Igiena genitală şi a activităţii sexuale 119
Igiena alimentaţiei 120
Acuze curente în sarcină 121
Utilizarea medicamentelor în sarcină 127

CONSULTAŢIA POSTNATALĂ 131
Obiectivele: 131
Lehuzia fiziologică 131

DISTOCIA OSOASĂ 150

DISTOCII ALE PĂRŢILOR MOI 158

ELEMENTE ALE NAŞTERII PATOLOGICE 160
Placenta praevia 160
Ruptura uterină 166
Şocul în obstetrică 170

ECHOGRAFIA ÎN SARCINĂ. ELEMENTE DE DIAGNOSTIC PRENATAL 179

INTERVENŢII OBSTETRICALE 195
Episiotomia 195
Episiorafia 197
Rupturile perineale 197
Controlul părţilor moi după naştere sau manevre obstetricale 198
Extracţia manuală a placentei (delivrarea artificială) 199
Controlul manual şi instrumental al cavităţii uterine 200
Expresia uterină 201
Meşarea cavităţii uterine 201
Ruperea artificială a membranelor 202
Elemente de fiziopatologie în operaţia cezariană 212
Indicaţiile operaţiei cezariene 213
Contraindicaţi, condiţii 215
Tehnica operaţiei cezariene 216
Complicaţiile operaţiei cezariene 221
Intervenţii asociate operaţiei cezariene 222
Alte tipuri de operaţie cezariană 224
Prognostic 225
Complicațiile operației cezariene 226
Decolarea prematură de placentă normal inserată 227
Forcepsul 231
Vid extracția 234

METODOLOGIA PREZENTĂRII UNUI CAZ CLINIC OBSTETRICAL 236
Etapele examinării unui caz clinic 236

BIBLIOGRAFIE GENERALĂ 241

Cuvânt înainte

Lucrarea "Obstetrică Practică" se adresează studenţilor şi rezidenţilor doritori să aprofundeze noţiunile de bază ale asistenţei obstetricale, redate didactic şi prezentate deosebit de clar.

Ea reprezintă rodul experienţei clinice şi documentării acumulate în cei peste 25 ani de experienţă în specialitate a Prof. dr. Florentin Dumitrache.

Progresele din toate domeniile medicinii s-au răsfrânt şi asupra obstetricii, şi aceste aspecte sunt redate amplu îmbinând fericit noţiunile clasice cu cele moderne.

Datorită stilului alert şi concis, manualul nu depăşeşte cadrul pe care un student îl poate asimila în ansambul dezvoltării informaţionale din medicină.

"Obstetrica practică" sub redacţia Prof. dr. Florentin Dumitrache este bine structurată, familiarizează studenţii şi rezidenţii cu patologia complexă a specialităţii care se adresează deopotrivă mamei şi fătului. Abordarea este prin excelenţă sub "egida" practicii medicale.

Acest manual este necesar având în vedere că şcoala de obstetrică şi ginecologie ieşeană este reprezentativă şi trebuie să fie cunoscută şi în plan didactic la nivel naţional, iar ultima apariţie editorială de acest gen a fost în urmă cu o perioadă mai mare de timp.

Prof. Dr. Florentina Pricop
U.M.F. „Gr.T.Popa" Iaşi

CAPITOLUL 1

BAZINUL OSOS NORMAL

Studiu anatomic, clinic şi imagistic

Bazinul este un canal osos a cărui configuraţie anatomică determină mecanismul de naştere. Anatomic, este foarte dificil de definit bazinul normal, acesta fiind un bazin ideal, acela care prin formă şi dimensiuni permit trecerea capului fetal la termen, în uşoară flexie.

Pentru a putea defini criteriile de normalitate (bazinul etalon), s-a considerat normal tipul de bazin „ginecoid" descris de Caldwell şi Moloy. Acest tip de bazin predomină în Europa, însă în alte zone există alte tipuri de bazin care pot fi considerate normale şi care au dimensiunile anteroposterioare mai mari ca cele transversale (U.S.A.).

Excavaţia pelvină normală poate avea forme diferite după rasă: astfel, bazinul femeilor chineze, este mai larg la nivelul strâmtorii superioare, dar mai îngust la strâmtoarea mijlocie şi inferioară faţă de bazinul femeilor americane.

Faţă de aceste elemente, se va descrie tipul clasic considerat normal şi în ţara noastră.

Studiu anatomic al bazinului normal

Bazinul este format din trei piese osoase: oasele iliace, sacrul şi coccisul, reunite posterior prin simfizele sacro-iliace şi anterior prin simfiza pubiană. Articulaţiile de tip simfizar sunt menţinute de ligamente, a căror mobilitate este foarte redusă.

Liniile nenumite împart bazinul în două porţiuni:

- superioară, sau marele bazin (falsul pelvis), format din crestele iliace. Marele bazin nu are interes obstetrical;
- inferioară, sau micul bazin (pelvisul), care este bazinul obstetrical; la acest nivel se descriu trei etaje:
  - un orificiu de intrare sau strâmtoarea superioară, care nu este un inel ci un cilindru;
  - excavaţia, a cărei dimensiuni sunt în general superioare capului fetal (cilindrul de coborâre) şi care are rol esenţial în mecanismul de rotaţie;
  - un orificiu inferior, cu marele ax sagital (orificiul inferior al bazinului a lui Farabeuf).

Cilindrul strâmtorii superioare

Acesta este spaţiul cuprins între două planuri paralele:

- planul strâmtorii superioare obstetricale, care este definit prin diametrul transvers maxim şi punctul cel mai proeminent de pe faţa posterioară a simfizei. Acest plan atinge sacrul la 15 mm sub promontoriu.
- planul strâmtorii superioare anatomice este planul care corespunde diametrului promonto-suprapubian, fiind paralel cu precedentul. La nivelul pereţilor acestui cilindru, se găsesc reliefuri anatomice care determină orientarea şi angajarea capului fetal. Dintre acestea, două sunt mai importante:
  - anterior, planul înclinat al simfizei faţă de care este propulsat capul fetal (şi nu în direcţia axei strâmtorii superioare);
  - posterior, arcurile liniilor nenumite, care se reunesc la nivelul promontoriului.

Forma strâmtorii superioare

Forma strâmtorii superioare este a unei inimi de carte de joc, cu marele ax transversal. Jumătatea anterioară sau arcul anterior este regulată. Jumătatea posterioară sau arcul posterior este deformată de proeminenţa promontoriului, lateral de acesta fiind două depresiuni numite sinusurile sacro-iliace.

Diametrele strâmtorii superioare

Diametrele strâmtorii superioare:

- antero-posterioare:
  - promonto-suprapubian = 11 cm;
  - promonto-retropubian = 10,5 cm (diametru util);
  - promonto-subpubian = 12 cm;
- transverse:
  - transvers median (util) = 12,5 cm;
  - transvers maxim = 13,5 cm, este situat posterior şi nu este utilizabil;
- oblice: sunt diametrele de angajare fiind cuprinse între simfiza sacro-iliacă şi eminenţa ileo-pectinee opusă:
  - oblic stâng, cel mai des utilizat de către prezentaţie =12,5 cm;
  - oblic drept = 12 cm;
  - diametrul de referinţă în bazinele asimetrice, are 9 cm, întinzându-se de la promontoriu la regiunea acetabulară.

Volumul şi orientarea strâmtorii superioare

Volumul cilindrului de angajare poate fi modificat prin rotaţia sacrului în sens transversal, realizând mişcările de nutaţie şi contranutaţie. Mişcarea de contranutaţie îndepărtează promontoriul de pubis, dar diminua volumul cilindrului de angajare, iar mişcarea de nutaţie creşte volumul cilindrului de angajare şi uşurează plasarea capului fetal în concavitatea sacrată. Deci nutaţia este favorabilă angajării. Aceste basculări ale sacrului se pot obţine prin flexia mai mult sau mai puţin accentuată a coapselor pe bazin.

Orientarea axei cilindrului strâmtorii superioare este oblică în jos şi posterior, realizând cu axa forţei uterine un unghi de 55°. Flexia coapselor determină mai întâi nutaţia, care creşte arcul pubian, reducând acest unghi sub 55°. Flexia forţată a coapselor corijază lordoza vertebrală, iar cele două axe tind să coincidă.

Între cilindrul de angajare şi orificiul inferior al bazinului, excavaţia pe secţiune are formă regulată, de 12 cm diametru, compatibilă cu dimensiunile unui cap fetal uşor flectat. Din această cauză deflectarea este frecventă în acest spaţiu mare.

Peretele anterior este scurt, format din faţa posterioară a simfizei şi pubis, la nivelul căruia se află un punct mai proeminent (Crouzat). înclinarea axei simfizei cu orizontala este de 35 - 45°.

Peretele posterior este format din sacru, a cărui înălţime este de 10 - 13 cm. Curbura sacrului are un rol esenţial în rotaţia anterioară a prezentaţiei.

Lateral, pereţii excavaţiei sunt formaţi din suprafaţa osului coxal ce corespunde fundului cotilului, spinele sciatice şi corpul ischionului.

Pereţii laterali au o direcţie paralelă iar prezenţa spinelor sciatice conturează o strâmtoare denumită şi strâmtoarea mijlocie, la nivelul căreia se insera diafragmul pelvin. Diametrul bisciatic are10-10,5cm.Toate diametrele excavaţiei sunt sensibil egale, fiind de 12 cm. Planul strâmtorii medii nu este paralel cu cel al strâmtorii superioare.

Excavaţia poate fi comparată cu un cilindru, iniţial rectiliniu, care se curbează anterior, pentru a se deschide la nivelul strâmtorii inferioare.

Orificiul inferior al bazinului

Acesta este definit ca spaţiul cuprins între planul strâmtorii mijlocii şi cel al strâmtorii inferioare. Acesta este planul de degajare a prezentaţiei . Acest spaţiu are formă de prismă triunghiulară, având trei feţe:

- faţa superioară, reprezentată de planul strâmtorii mijlocii, care trece prin marginea inferioară a pubisului, spinele sciatice şi sacru (S5);
- faţa anterioară, oblică în jos, de la marginea inferioară a pubelui la ischioane, urmând cele două ramuri ischio-pubiene şi cuprinzând arcada subpubiană;
- faţa posterioară, oblică în sus şi posterior, delimitată de cele două ischioane şi vârful coccisului. Volumul acestui spaţiu se poate mări prin retropulsia sacrului şi a coccisului (în mişcarea de nutaţie) cu 10 -15 mm.
- Acesta desemnează diametrul subcoccis-subpubian care de la 9,5 cm poate ajunge la 11 cm. Diametrul cel mai important din punct de vedere obstetrical este diametrul biischiatic, care are 11 cm.

Orificiul inferior al bazinului prezintă unele particularităţi:

- strâmtoarea mijlocie nu este la jumătatea excavaţiei: astfel dacă aria de angajare este la nivelul strâmtorii mijlocii, occipu-

tul este deja sub planul muşchilor perineali, iar capul este vizibil la vulvă;
- nu se va confunda arcul pubian (peretele anterior al cavităţii pelvine) cu arcada pubiană (formată din cele două ramuri ischio-pubiene), care nu are interes obstetrical.

Studiul clinic al bazinului osos

Aprecierea clinică a unui bazin permite evaluarea diferitelor forme de bazin, a căror dimensiuni pot fi apreciate numai radiopelvimetric.

Interogatoriul

Interogatoriul va căuta antecedentele medicale şi chirurgicale care pot influenţa morfologia bazinului, mai ales patologia osoasă apărută înainte de 16 ani. Esenţiale sunt şi antecedentele obstetricale: numărul de naşteri, modalitatea naşterii, prezentaţia, greutatea feţilor, eventualele intervenţii obstetricale.

Inspecţia

Inspecţia se face din faţă, spate şi profil. Talia este un element esenţial pentru prognosticul obstetrical, mai ales pentru gravidele cu talie sub 1,50 m. Se vor căuta anomaliile coloanei lombare, a femurelor (scurtarea unui membru inferior, şchiopătarea). Inspecţia se termină cu examinarea mersului gravidei.

Pelvimetria clinică externă

Pelvimetria externă a fost abandonată, fiind imprecisă. Aceste măsurători, care evaluează mai ales bazinul mare, nu permit aprecierea corectă a dimensiunilor strâmtorii superioare sau a excavatiei, decât în caz de distocie osoasă severă. Ele se referă la:

- diametrul antero-posterior = 20 cm;
- diametrul bispinos = 24 cm;
- diametrul bicret = 28 cm;
- diametrul bitrohanterian = 32 cm.

Diametrul prepubian măsoară distanţa dintre cele două pliuri inghinale la marginea superioară a simfizei. El este de 12 cm şi defineşte baza triunghiului prepubian a lui Trillat. Acest triunghi este în mod normal isos-

cel. Diametrul prepubian măsoară indirect diametrul transvers al strâmtorii superioare.

Rombul lui Michaelis apreciază forma şi gradul de înclinare al sacrului. El este delimitat de apofiza spinoasă a lui L_5, marginea superioară a pliului interfesier şi două fosete laterale ce corespund spinelor iliace posterosuperioare. Normal, rombul este simetric, având diagonala mare de 11 cm iar cea mică de 10 cm. Triunghiul superior este isoscel, înălţimea acestuia fiind de 4,5 cm. Dacă triunghiul superior este redus simetric, ne aflăm în prezenţa unui bazin turtit transversal sau în general strâmtat, iar dacă este asimetric, desemnează un bazin asimetric.

Diametrul biischiatic a lui Tarnier: la gravida în poziţie ginecologică se măsoară distanţa între cele două tuberozităţi ischiatice (normal de 9 cm la care se adaugă 1,5 - 2 cm ce reprezintă părţile moi.

Pelvimetria internă

Examenul intern al bazinului se va efectua sistematic în cursul examenelor prenatale, cel mai indicat fiind a se realiza în ultimul trimestru de sarcină, când părţile moi sunt mai suple datorită inbibiţiei gravidice, permiţând o optimă apreciere.

Explorarea strâmtorii superioare: explorarea diametrului anteroposterior - în mod normal promontoriul nu este abordabil. Dacă este atins, se poate măsura acest diametru, apreciind cu indexul opus lungimea sa. Diametrul măsurat este promonto-subpubian. Pentru a aprecia diametru util (promonto-retropubian) se va scădea 1,5 cm. Această măsurătoare nu este foarte precisă fiind în funcţie de gradul de înclinare a strâmtorii superioare faţă de orizontală.

Arcul anterior (jumătate din strâmtoarea superioară aflată înaintea diametrului transvers median) poate fi explorat digital pornind de la marginea superioară a simfizei, urmând creasta pectineală şi partea anterioară a liniilor nenumite.

Arcul posterior nu poate fi explorat integral, treimea posterioară şi sinusurile sacro-iliace fiind inaccesibile.

Explorarea excavaţiei şi a strâmtorii mijlocii: degetele examinatoare apreciază înălţimea şi înclinarea simfizei, apoi explorează sacrul. în mod normal, concavitatea sacrată este profundă şi regulată şi se poate palpa uşor coccisul şi ultimele două sau trei vertebre sacrate.

Palparea spinelor sciatice este uşor de efectuat, dar evaluarea clinică a diametrului bispinos este dificilă.

Explorarea strâmtorii inferioare: se poate aprecia diametrul antero-posterior (subcoccis-subpubian), care creşte în timpul naşterii prin retroproiecţia coccisului, cât şi ogiva pubiană cu ramurile ischio-pubiene care fac un unghi de 85 -90°.

în majoritatea cazurilor se poate afirma în ultimele luni de sarcină, dacă bazinul este suficient. Uneori însă explorarea clinică este insuficientă şi ea trebuie completată cu explorarea radiologică.

Studiul imagistic al bazinului

Radiografia pelvimetrică sau radiopelvimetria este metoda care măsoară dimensiunile reale a diametrelor bazinului. Această explorare presupune două clişee (faţă şi profil), la care alte tehnici asociază o radiografie a arcadei pubiene.

Clişeul de profil permite vizualizarea exactă a capului fetal şi raporturile sale cu strâmtoarea superioară. Astfel se poate aprecia confruntarea cefalo-pelvină.

Clişeul de faţă se poate realiza în două maniere:

poziţia lui Thoms, cu gravida în poziţie semişezândă. Acest clişeu reproduce exact morfologia strâmtorii superioare;

radiografia de faţă în incidenţa postero-anterioară (Magnin şi Naudin) cu gravida în decubit ventral. Această poziţie permite aprecierea optimă a arcului anterior.

Clişeul arcadei pubiene şi a spinelor sciatice permite evaluarea formei arcadei, cât şi valoarea unghiurilor subpubiene. De asemeni acest clişeu dă valoarea diametrului ischiatic şi bisciatic.

Rezultate, interpretare

Lectura clişeului de profil permite determinarea valorii diametrului antero-posterior a bazinului, înclinarea strâmtorii superioare faţă de orizontală, evaluarea morfologiei sacrului, dimensiunile simfizei şi gradul de înclinare a sa. De asemeni, se poate măsura şi DBP cât şi rapoartele capului fetal cu strâmtoarea superioară.

Clişeul de faţă măsoară valoarea diametrului transvers maxim şi median, cât şi valoarea diametrului sacro-cotiloidian şi a celor oblice.

Clişeele de faţă şi profil oferă date exacte asupra strâmtorii superioare. Clişeul arcadei pubiene şi a spinelor sciatice măsoară diametrele strâmtorii mijlocii şi inferioare.

Pelvimetria radiografică este singura metodă care estimează cu exactitate dimensiunile bazinului, indicii de eroare fiind foarte mici de ordinul a 2 mm pentru clişeul de profil şi de 3 mm pentru clişeele strâmtorii superioare şi a arcadei pubiene.

Inconvenientul acestei metode rezidă în iradierea fetală şi maternă, dozele fiind de 0,3 - 0,9 rad.

Indicaţiile radiopelvimetriei sunt:suspiciunea de bazin strâmtat: talia sub 1,50 m, anomalii ale coloanei vertebrale, a centurii pelvine, claudicaţia, traumatism pelvin; depistarea clinică a unui bazin strâmtat; prezentaţia pelvină; uterul cicatricial.

Această explorare se va efectua în cursul naşterii. însă radiopelvimetria nu poate aprecia volumul real al capului fetal, nici capacitatea de acomodare fetală. Pentru evaluarea capacităţii obstetricale s-au imaginat indici. Astfel indicele Magnin reprezintă suma diametrului transvers median şi antero-posterior care este comparat cu valoarea DBP, stabilindu-se o diagramă a disproporţiilor cefalo-pelvine.

Pelvimetria prin tomografie computerizată sau RMN sunt metode imagistice alternative, utile dar scumpe. Aceste metode au avantaje certe fata de radiopelvimetria cu raze X însă numai asociat cu date referitoare la dimensiunile mobilului fetal obţinute ecografic.

În pofida utilizării tehnologiei imagistice pentru confirmarea unei disproporţii feto-pelvine, utilizarea pelvimetriei clinice rămâne extrem de utilă, dar aceasta presupune şi o practica adecvată a unor clinicieni. Această artă este în pericol de a se pierde.

CAPITOLUL 2

MOBILUL FETAL

Fătul este al doilea participant la actul naşterii. Dimensiunile acestuia condiţionează strict evoluţia şi prognosticul naşterii.

În decursul sarcinii fătul are o poziţie de flexie generalizată determinată de predominanţa muşchilor flexori în trimestrul II şi III iar în primul trimestru datorată de încurbarea axului embrionar. În funcţie de dezvoltarea progresivă a fătului acesta se poziţionează diferit în interiorul cavităţii uterine, conform legii lui Pajot, respectiv volumele fetale mari se vor situa în spaţiile uterine mai mari. În prima jumătate a sarcinii, atunci când dezvoltarea cerebrală este predominantă, capul se va situa în jumătatea superioară a fundului uterin, în timp ce ulterior pe măsura creşterii dimensiunilor fetale şi a pelvisului acestuia se produce culbuta care orientează capul în jos către strâmtoarea superioară pregătind actul naşterii.

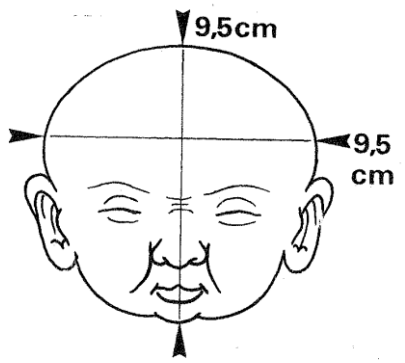
În evoluţia naşterii un rol important îl are prezentaţia, respectiv segementul fetal care vine în contact primul cu strâmtoarea superioară.

Pentru ca congruenţa între prezentaţie şi bazinul fetal să fie optimă este necesar ca morfologia şi dimensiunile acestuia din urmă să se înscrie în anumiţi parametrii.

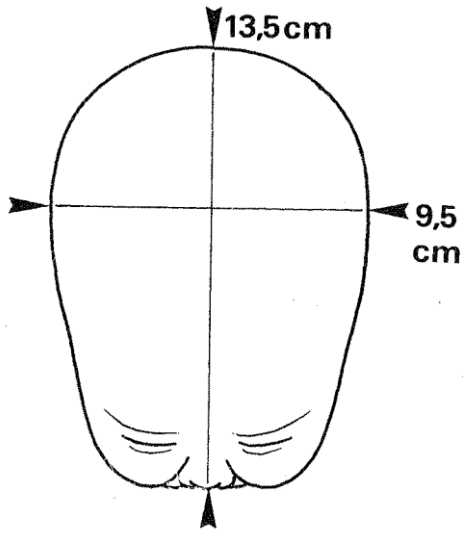
Polul cefalic reprezintă partea din făt cu dimensiunile cel mai puţin susceptibile la compresiune. Suturile fiind relativ fixe maleabilitatea la nivelul lor este minimă. În faţă este prezentă sutura coronară, median cea sagitală, posterior este prezentă sutura lambdoidă, iar între cele două oase frontale este cea metopică. Între acestea se delimitează spaţii cu o mobilitate relativ mai mare, respectiv fontanelele anterioară, bregmatică şi posterioară lambdoidă.

Parametrii normali ai extremităţii craniene care să permită o naştere în limite fiziologice sunt următoarele: În plan sagital:

Submento bregmatic – 9,5cm

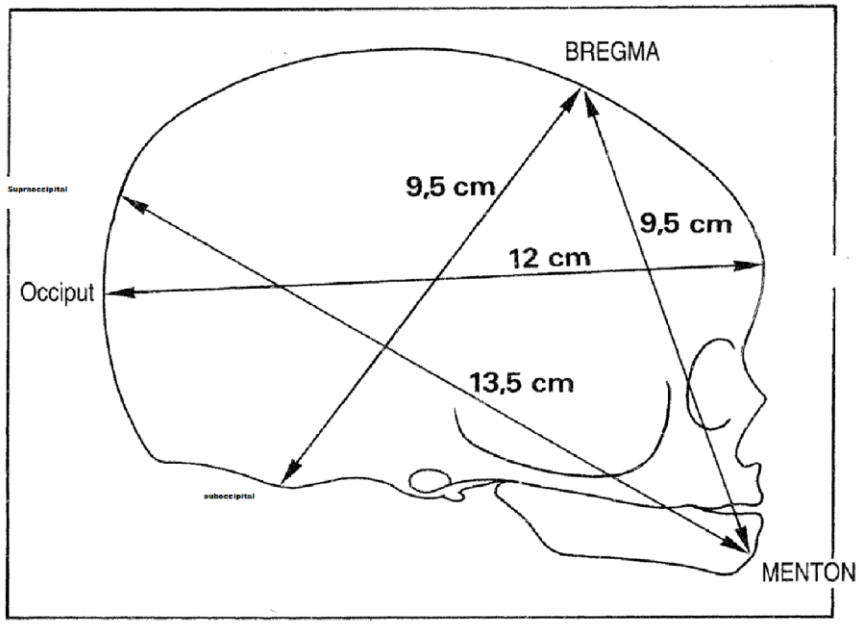


Mentosincipital – 13,5 cm



Maxilo sincipital – 12 cm
Frontoocipital – 12 cm
Fronto subocipital – 10,5 cm
Bregmo subocipital – 9,5cm

Practic diametrele în plan sagital sunt descrise în imaginea următoare.



În plan frontal pot fi descrise următoarele diametre:
Biparietal – 9,5 cm
Bitemporal – 8 cm

Din punctul de vedere al dimensiunii umerilor au importanţă pentru evoluţia mecanismului de naştere următoarele diametre:
Biacromial – 12 cm
Sternodorsal – 9 cm (în plan antero posterior la nivelul manubriului)

La nivelul pelisului fetal pot fi măsurate următoarele diametre:
Bitrohanterian, la nivel sacral sau pubian – 9 cm
Pubosacral – 6 cm
Sacropretibial(la mijlocul axului diafizar tibial) – 12 cm

CAPITOLUL 3

PREZENTAŢII, POZIŢII, VARIETĂŢI DE POZIŢIE

În timpul naşterii, fătul îşi va adapta dimensiunile sale filierei pelvine, care are dimensiuni relativ mici şi fixe, ceea ce presupune o aşezare longitudinală a fătului.

Derularea naşterii implică de asemenea raporturi strânse între prezentaţie şi unele puncte de reper ale bazinului, ceea ce determină specificul fiecărei relaţii dintre mobil şi filiera genitală.

Orientarea spaţială a fătului în filiera pelvină este codificată obstetrical astfel:

- prezentaţie;
- poziţie;
- varietate de poziţie.

Prezentația

Prezentația este definită ca acea parte fetală care ocupă prima aria strâmtorii superioare, pentru a se angaja şi evolua după un mecanism propriu. Prezentaţia defineşte raportul dintre axul capului fetal şi axul principal al uterului. Fătul se poate prezenta cu capul: prezentaţie cefalică; cu fesele: prezentaţie pelvină; sau cu umărul: prezentaţie oblică.

Prezentatia este rezultatul acomodării fătului în cavitatea uterină, deosebind deci o prezentaţie longitudinală (cefalică sau pelvină) - 95 % din totalitatea naşterilor, şi o prezentaţie transversală (prezentaţie oblică sau humerală) - 5 % din naşteri.

Poziția

Poziţia defineşte raportul dintre suprafaţa corpului (spatele fetal) şi suprafaţa internă a uterului, respectiv a canalului pelvi-genital (jumătatea dreaptă sau stângă). Poziţiile vor fi drepte sau stângi (spatele fetal orientat spre partea dreapta sau stânga a mamei).

Poziţia fătului se poate stabili ca şi prezentaţia prin examen extern.

După gradul de flexie al capului în raport cu trunchiul craniului fetal poate fi flectat, deflectat sau indiferent. În rapot de gradul de flectare al capului, prezentaţia cefalică poate fi :

- flectată (prezentaţie craniană sau occipitală)
- deflectată : bregmatică, frontală, facială.

După modul de finalizare al naşterii prezentaţiile pot fi:

- eutocice - prezentaţia craniană flectată (occipitală);
- distocice :
    - prezentaţiile oblice (transverse)
    - prezentaţiile frontale
- potenţial distocice unde naşterea este posibilă dar cu anomalii ale mecanismului de naştere:
    - prezentaţia facială
    - prezentaţia bregmatică
    - prezentaţia pelvină

Varietatea de poziție

Reprezintă raportul dintre reperul prezentaţiei şi punctele de reper ale strâmtorii superioare.

Varietatea de poziţie se poate stabili numai la o dilataţie a colului de 4 - 5 cm, după ruperea membranelor în absenţa bosei serosanguinolente, după fixarea prezentaţiei.

Varietăţile de poziţie pot fi anterioare, transversale sau posterioare.

Reperele strâmtorii superioare sunt :

- eminenţa ileopectinee pentru varietăţile de poziţie anterioare;
- articulaţia sacro - iliacă pentru varietăţile de poziţie posterioare;
- mijlocul liniei nenumite pentru varietaţile de poziţie transversale.

Prezentația cefalică

Reprezintă cea mai frecventă prezentaţie longitudinală (95%). Din cadrul prezentaţiilor cefalice, prezentaţia craniană reprezintă regula. Punctul de reper al prezentaţiei craniene este occiputul. Când acesta se află situat spre eminenţa ileopectinee, la extremitatea unui diametru oblic, este varietatea de poziţie anterioară, iar când se află situat spre sinusul sacroiliac, este varietate posterioară. Dacă mica fontanelă se află între două repere, este varietatea transversă.

Rezu*m*ând, în prezentaţia craniană, sunt următoarele varietăţi de poziţie:

- O.I.S.A. = occipito-iliacă-stângă-anterioară, cea mai frecventă (65%);
- O.I.D.P. = occipito-iliacă-dreaptă-posterioară (30%); Cele două varietăţi corespund diametrului oblic stâng.
- O.I.S.P. = occipito-iliacă-stângă-posterioară (6%);
- O.I.D.A = occipito-iliacă-dreaptă-anterioară, varietate foarte rară.

Aceste poziţii sunt cele de angajare a capului fetal. în unele forme de bazin (plat), se poate face angajarea şi în diametrul transvers, ceea ce desemnează alte două varietăţi: O.I.S.T. şi O.I.D.T.

Excepţional, se pot întâlni varietăţi de poziţie de angajare în O.P. sau O.S. (bazine ovalare sau triunghiulare). Alte varietăţi de prezentaţie cefalică sunt prezentaţiile deflectate care după gradul de deflexie a capului se împart în:

- prezentaţia bregmatică, rară (0,07%), unde punctul de reper este bregma, iar varietăţile de poziţie sunt: B.I.S.A., B.I.D.P., B.I.D.A., B.I.S.P. şi două varietăţi transverse; Feţii în prezentaţie bregmatică se pot naşte pe cale naturală în 75% dintre cazuri cu feţi mici şi bazine normale. Pe parcursul travaliului în general prezentaţia bregmatică se transformă în occipitală sau facială.
- prezentaţia frontală: capul se prezintă la strâmtoarea superioară într-o atitudine intermediară, iar punctul de reper este nasul (N) fiind descrise N.I.S.A., N.I.S.P., N.I.D.A., N.I.D.P. şi două varietăţi teoretice: N.I.S.T. şi N.I.D.T. Prezentaţia frontală nu se poate angaja decât în cazul feţilor mici, fiind cea mai distocică dintre prezentaţiile cefalice;

- prezentaţia facială; capul este complet deflectat, iar punctul de reper este mentonul (M). Varietăţile de poziţie sunt: M.I.S.A., M.I.S.P., M.I.D.A., M.I.D.P. şi două varietăţi teoretice transverse.

În această prezentaţie, naşterea este posibilă numai în varietăţile anterioare.

Prezentația pelvină

Este tot o prezentaţie longitudinală, unde partea prezentată la strâmtoarea superioară este pelvisul fetal. Reperul în această prezentaţie este creasta sacrată (S), iar varietăţile de poziţie sunt: S.I.S.A., S.I.S.P., S.I.D.A., S.I.D.P., S.I.D.T. şi S.I.S.T.

Prezentația transversă

Este prezentaţia în care fătul este dispus transversal în cavitatea uterină, iar la strâmtoarea superioară se prezintă trunchiul fetal cu unul din umeri într-un diametru oblic.

Punctul de reper este acromionul (A). Fătul se poate prezenta cu spatele anterior sau posterior, în funcţie de aceasta descriindu-se o varietate de poziţie dorso-anterioară şi dorso-posterioară.

În funcţie de poziţia acromionului se descriu:

- A.I.S. a umărului stâng;(acromio iliacă stângă a umărului stâng)
- A.I.S. a umărului drept. (acromio iliacă stângă a umarului drept)

Aceste varietăţi sunt dorso-posterioare.

- A.I.D. a umărului drept; (acromio iliacă dreaptă a umărului drept)
- A.I.D. a umărului stâng. (acromio iliacă dreaptă a umărului stâng).

Aceste varietăţi sunt dorso-anterioare..

CAPITOLUL 4

MECANISMUL GENERAL DE NAŞTERE ÎN PREZENTAŢIA CRANIANĂ

Fătul la termen, înconjurat de punga amniotică, se acomodează formei şi dimensiunilor uterului, cu capul în jos la nivelul regiunii celei mai largi a uterului. Primul obstacol, care este esenţial, este colul uterin. Al doilea obstacol este reprezentat de planşeul perineal.

Bazinul osos este un element rigid, însă în nici un caz acesta nu va constitui un obstacol în calea expulziei fătului. Confruntarea cefalo-pelvină impune încă o acomodare şi o adaptare a capului fetal.

Capul fetal.

Cu toate că, în dimensiuni absolute, capul fetal nu este partea cea mai voluminoasă a fătului, el poate fi considerat ca atare datorită faptului că este puţin deformabil şi puţin reductibil.

Capul fetal prezintă două părţi: craniul şi masivul facial.

Craniul fetal (bolta craniană) este format din oase care sunt separate de spaţii cu un ţesut fibros elastic. Unele spaţii sunt liniare (suturi), altele mai largi, depresibile, la unirea suturilor (fontanele). Dintre suturi, cele care prezintă importanţă din punct de vedere obstetrical şi care sunt accesibile examenului vaginal, sunt de notat:

- sutura sagitală, care uneşte rădăcina nasului cu occipitalul. Partea anterioară, numită şi sutura metopică, separă cele două oase frontale, iar partea posterioară (sutura sagitală propriu-zisă) separă cele două parietale. Punctul cel mai posterior constituie sinciputul sau vertexul;

- sutura coronară, perpendiculară pe prima, separă frontalele de parietale;
- sutura lambdoidă separă parietalele de occipital. Fontanele sunt repere importante care pot fi examinate în timpul naşterii. Dintre acestea, două sunt mai importante:
  - fontanela anterioară (bregma sau marea fontanelă), formată la unirea suturilor metopică, sagitală şi coronară. Are formă rombică cu diametrul antero-posterior de 2-4 cm, iar cel transversal de 1-2 cm;
  - fontanela posterioară (mica fontanelă sau lambdoidă) se află la unirea suturii sagitale şi a celor lambdoide. Are formă triunghiulară, fiind un reper deosebit de important.

Masivul facial este format din partea inferioară a oaselor frontale, orbite, nas, osul malar şi maxilare, elemente care în unele prezentaţii pot constitui repere.

Diametrele capului fetal

- diametrul antero-posterior: occipito-frontal = 12 cm;
- diametre transversale:
  - biparietal = 9,5 cm;
  - bitemporal = 8,5 cm.

Capul fetal are o mare calitate, aceea de a fi mobil în raport cu coloana, ceea ce permite o adaptare uşoară. Astfel, capul fetal îşi modifică dimensiunile, reducându-le la maxim datorită flexiei sale.

Diametrele de angajare, rezultate după flexia capului, sunt:

- suboccipito-bregmatic = 9,5 cm;
- submento-bregmatic = 9,5 cm;
- sincipito-mentonier = 13,5 cm.

Craniul fetal are însă posibilitatea de a-şi reduce dimensiunile, datorită prezenţei suturilor şi fontanelelor. Reducerea se poate face urmând cele două axe ale craniului: reducerea diametrului transvers prin înclinarea parietalelor şi reducerea diametrului antero-posterior prin pătrunderea occiputului sub parietal.

Umerii şi trunchiul fetal

Diametrul cel mai important este cel transvers, biacromial de 12,5 - 13 cm, care prin tasare poate ajunge la 9 cm. Diametrul antero-posterior (sterno-dorsal) măsoară 9 cm.

Bazinul şi membrele inferioare

La nivelul bazinului, se descrie un diametru transvers (bitrohanterian) de 9 cm şi un diametru antero-posterior (pubo-sacrat) de 6 cm, iar în caz de membre inferioare în atelă, diametru sacro-pretibial de 9 cm.

Definirea prezentaţiei

Se denumeşte prezentaţie regiunea anatomică a fătului care are tendinţa de a se angaja prima, la nivelul strâmtorii superioare.

Expresia „regiune anatomică" poate avea un sens larg: prezentaţie cefalică, pelvină, humerală, sau un sens restrâns care permite aprecierea mai exactă a realităţii. După gradul de flexie sau deflexie, regiunea care se prezintă poate fi: faţa, fruntea, bregma sau occiputul.

Se denumeşte ca suprafaţă sau arie de angajare segmentul din craniul fetal, paralel cu planul strâmtorii superioare, care trece prin diametrul biparietal. în flexie completă, aria de angajare are o formă circulară de 95 mm diametru.

Forţa uterină

Progresia prezentaţiei în bazin rezultă în urma contracţiilor uterine care determină o creştere a presiunii intrauterine cât şi o tracţiune asupra segmentului inferior.

Aceste efecte se manifestă simultan dacă membranele sunt intacte.

Conform principiului lui Pascal, lichidul amniotic incompresibil transmite integral variaţiile de presiune. Pentru o presiune de 50 mm Hg, fiecare cm din suprafaţa fătului suferă o forţă de 40 gr. Suprafaţa corpului fetal la termen este de 100-120 cm2, deci forţa dezvoltată este de 4400-4800 gr.

În caz de membrane rupte, transmisia hidraulică nu se mai poate face, progresia fătului este asigurată de scurtarea fibrelor uterine iar randamentul mecanic este deficitar.

Prezentaţia va progresa în bazinul osos parcurgând cele trei etaje, fiecăruia dintre acestea corespunzându-i un timp de naştere:

- traversarea strâmtorii superioare = angajarea;

- traversarea excavaţiei = coborârea şi rotaţia intrapelvină;
- traversarea strâmtorii inferioare = degajarea.

Angajarea

Analiza mecanismului de angajare este dominată de calculul rezultantei utile, fracţiune din forţa motrice uterină care împinge capul fetal la strâmtoarea superioară.

Forţa uterină aplică prezentaţia contra arcului anterior şi mai ales contra marginii anterioare a bazinului. Forţa propulsivă este descompusă din această cauză în doi vectori: unul care plachează capul contra suprafeţei osoase şi altul care tinde să alunece înapoia simfizei şi care este singura forţă utilă pentru angajare.

În mod normal 2/3 din forţa uterină se pierde, dar prezentaţia alunecă în strâmtoarea superioară.

Dacă dispoziţia anatomică a bazinului este astfel constituită, încât marginea inferioară a bazinului este abordată frontal, angajarea nu se poate face fiindcă nu mai există forţă utilă. în această situaţie, capul debordează uşor simfiza, dar aceasta nu are semnificaţie distocică şi se va deosebi de o debordare prin disproporţie feto-pelvină.

Flexia forţată a coapselor modifică orientarea planului înclinat (nutaţie) şi apropie axele de forţa uterină şi cel al strâmtorii superioare, astfel că angajarea se poate produce. Această eventualitate este mai frecventă la marile multipare cu o lordoză lombară accentuată.

Glisarea asinclitică

Presiunea craniului asupra marginii anterioare a bazinului îşi exercită forţa asupra parietalului anterior, ceea ce face ca componenta care se aplică pe pubis să inducă o forţă de reacţie care are tendinţa să încline capul de aceeaşi parte, astfel că parietalul posterior se prezintă primul la strâmtoarea superioară. La examenul vaginal, sutura sagitală se deplasează spre pubis. Acest tip de angajare este asinclitică şi reprezintă regula, ori de câte ori capul este reţinut mecanic de promontoriu. Angajarea asinclitică este foarte frecventă în bazinele platipeloide sau androide.

Această mişcare de „limbă de clopot" este posibilă când bosa parietală posterioară are loc sub promontoriu, ceea ce implică un volum considerabil a cilindrului de angajare. Acest volum este crescut prin nutaţie, ceea ce reprezintă o condiţie esenţială pentru angajare.

Data angajării

Conform lui Tarnier şi Pinard, angajarea se produce precoce la primipare, înaintea debutului travaliului, şi tardiv la multipare după debutul contracţiilor uterine şi frecvent după ruperea membranelor. Acest fenomen se datorează tonicităţii uterine şi a musculaturii abdominale la primipare, care obligă capul să alunece în excavaţie, faţă de multipare unde relaxarea uterină oferă un spaţiu mai mare.

Modalitatea de angajare

Capul fetal este angajat dacă totalitatea ariei sale de angajare se află sub planul strâmtorii superioare. Acest mecanism comportă două fenomene:

- orientarea;
- micşorarea diametrelor.

Orientarea. La majoritatea bazinelor, capul fetal se orientează într-un diametru oblic, frecvent cel stâng. Cel mai mare diametru al craniului fetal se orientează în unul din marile axe ale bazinului, de 12 cm. Occiputul e înainte: curbura sa se adaptează bine arcului anterior al bazinului. Aceasta se explică prin forma uterului: un uter tonic, cu lichidul amniotic în cantitate normală, este aplatizat antero-posterior. Dextropoziţia uterului antrenează două poziţii: spatele fetal înainte şi la stânga, sau spatele posterior şi la dreapta.

Poziţia stângă reprezintă 60%, iar cea dreaptă 30%, fiindcă forma convexă a spatelui fetal se acomodează greu convexităţii coloanei lombare materne.

Poziţiile drepte anterioare şi stângi posterioare sunt rare şi corespund uterelor hipotone, cu exces de lichid sau cu feţi mici.

Micşorarea diametrelor capului fetal se face cu două fenomene:

- flexia capului (element esenţial) pe trunchi;
- asinclitismul şi deformaţiile plastice ale capului. (micşorarea dimensiunilor oaselor capului).

Flexia capului. Este rezultanta cuplului format din forţa exercitată de uter care aplică capul pe marginea anterioară a bazinului şi reacţia care rezultă. Forţa de reacţie care rezultă trece anterior de articulaţia occipito-atlatoidiană, ceea ce determină o mişcare de flexie. Această mişcare se explică de fapt prin legea pârghiilor cu braţe inegale: axul de flexie (articulaţia occipito-atladoidiană) este mai aproape de occiput decât de frunte, iar braţul frontal este mai lung, deci mai puternic faţă de braţul occipital, ceea ce

determină flexia capului. Astfel diametrul fronto- occipital (din poziţia indiferentă) devine diametrul suboccipito bregmatic (capul bine flectat) de 9,5 cm identic cu diametrul biparietal.

Definiţia şi diagnosticul angajării

O prezentaţie cefalică este angajată dacă totalitatea ariei de angajare se află sub planul strâmtorii superioare obstetricale. Diametrul suboccipito - bregmatic (9,5 cm) se suprapune unui diametru oblic (12 cm) , iar diametrul biparietal se orientează în celălat diametru oblic. Regiunea frontală a capului fetal pătrunde în unul din sinusurile sacroiliace, iar partea cea mai largă (regiunea occipitală) corespunde părţii celei mai largi a strâmtorii superioare. Aria de angajare reprezintă cea mai mare suprafaţă care trece la nivelul strâmtorii superioare. Această definiţie precisă, geometrică, poate întâmpina greutăţi în mod practic, când uneori este dificil de a afirma angajarea.

Termenii de „cap plonjat", „cap la limita angajării", „cap la strâmtoarea superioară" sunt termeni vagi care ascund incertitudinea. Dacă există şi un asinclitism, dificultatea este şi mai mare şi de aceea diagnosticul de angajare va ţine cont de criterii clinice.

Înaintea angajării la palparea abdominală se palpează bine occiputul, fruntea este la distanţă de marginea superioară a simfizei, capul e mobil. La EVD, capul fetal e sus situat, mobil.

Dacă capul este angajat - la palparea abdominală nu se mai simte occiputul, iar acromionul e sub trei laturi de deget de marginea superioară a simfizei (semnul Le Lorier). La EVD - degetele examinatoare perpendiculare pe simfiză întâlnesc capul fetal sau între prezentaţie şi sacro- coccis nu intră decât un deget (semnul Farabeuf). Punctul cel mai decliv al capului este acum la nivelul spinelor sciatice (nivel 0), iar de aici se poate măsura coborârea capului în centimetri pornind de la această linie.

Palparea suturii sagitale şi a fontanelelor permite a se preciza :

- orientarea (pentru diagnosticul varietăţii de poziţie)
- flexia : prezentaţia este bine flectată şi sinclitică dacă mica fontanelă e în centrul strâmtorii superioare, iar sutura sagitală se suprapune pe un diametru obic.Marea fontanelă nu se palpează.

În caz de asinclitism acesta poate fi:

- anterior , dacă sutura sagitală e aproape de sacrum (angajarea bosei parietale anterioare) ;

- posterior - cel mai frecvent, dacă e mai aproape de pubis (angajarea bosei parietale posterioare).

Poziţia de angajare se exprimă desemnând regiunea din strâmtoarea superioară în raport cu occiputul, fiind individualizate 8 varietăţi de poziţie.

Coborârea şi rotaţia

Acomodarea la strâmtoarea superioară care a permis angajarea permite de asemeni coborârea prezentaţiei în excavaţie. Prezentaţia progresează după axa de angajare (oblic stâng frecvent), direcţia de coborâre trecând de la axa ombilico- coccigiană a strâmtorii superioare la o axă orizontală printr-o mişcare de pivot în jurul simfizei. Diametrele excavaţiei sunt suficiente, iar acest timp se face fără dificultăţi, deseori cu mişcări alternative „în limbă de clopot".

Jocul forţelor propulsive şi forma torică a canalului pelvin impun în timpul coborârii un contact permanent între prezentaţie şi arcul anterior, ceea ce menţine flexia capului.

Rotaţia capului este urmarea flexiei sale: axa vertebrală se află mai aproape de zona posterioară şi orice reacţie a arcului anterior asupra craniului, tinde să aducă occiputul anterior. Prezentaţia întâlneşte planul ridicătorilor anali în contact cu aceştia realizându-se rotaţia

Toate prezentaţiile oblice se rotează deci anterior, cu condiţia ca capul fetal să fie flectat, dar prezentaţiile posterioare se pot deflecta fiindcă forţa uterină nu le poate aplica contră arcului anterior. Mai mult, în mişcarea de rotaţie, capul trece prin diametrul transvers şi acesta este momentul în care capul fetal se poate deflecta.

Dacă contracţiile uterine sunt rare, sau slabe, iar cavitatea pelvină este mai mare sau prea mică, o prezentaţie în poziţie posterioară se deflectează, iar rotaţia se face în OS.

Expulzia în OS este mult mai dificilă şi de lungă durată.

Anomaliile rotaţiei reprezintă una din cauzele cele mai frecvente de prelungire a travaliului.

Rotaţia se produce frecvent la contactul prezentaţiei cu planşeul perineal. De notat că rotaţia se descrie ca fiind contemporana coborârii, dar ea se produce în general mai târziu.

Strâmtoarea mijlocie reprezintă ultimul obstacol osos. Dimensiunile sale sunt întotdeauna compatibile cu naşterea unei prezentaţii corect orien-

tate. în OP, diametrul biparietal se află anterior de spinele sciatice iar diametrul bitemporal este confruntat cu această zonă uşor îngustată.

Dacă prezentaţia abordează strâmtoarea mijlocie în OS, diametrul biparietal va trebui să treacă printre spinele sciatice. Uneori, este posibilă coborârea în diametrul transvers al strâmtorii mijlocii. Clinic , EVD permite aprecierea coborârii prin evaluarea poziţiei capului în raport cu spinele sciaticeşi perineu. Rotaţia se supraveghează prin palparea suturilor şi a micii fontanele.

Degajarea

Este perioada care debutează când cea mai mare dimensiune a capului fetal (ce corespunde ariei de angajare), se găseşte sub planul strâmtorii mijlocii. Prezentaţia bine flectată şi orientată după axul antero - posterior (pubo-coccigian) a strâmtorii inferioare, părăseşte strâmtoarea inferioară.

Propulsia capului se face după un ax oblic în jos, iar occiputul ia contact cu planşeul perineal într-un punct ce se află la jumătatea distanţei de marginea inferioară a simfizei şi sacru. Acest punct este variabil după dispoziţia anatomică, fiind fie la nivelul nucleului fibros central al perineului, fie coincide cu orificiul anal.

Strâmtoarea inferioară osoasă nu are nici un diametru predominant, însă orificiul muscular perivulvar care este dirijat antero-posterior, comandă această nouă adaptare a prezentaţiei, care îşi va orienta marele ax după o direcţie sagitală.

În timpul degajării, are loc o schimbare de atitudine a capului: un complement de coborâre şi de flexie care micşorează diametrele.

Degajarea umerilor : umerii se angajează când capul se degajă intr-un diametru oblic perpendicular pe cel de angajare al capului. Diametrele umerilor transversal (biacromial de 12,5 cm tasat la 9,5 cm) şi antero-posterior (9 cm) sunt compatibile cu dimensiunile bazinului. Diametrul biacromial se aşează în diametrul antero-posterior şi umărul anterior se degajă primul.

Degajarea pelvisului nu ridică probleme datorită dimensiunilor reduse (bitrohanterian - 9 cm, pubosacrat - 6 cm).

Constituirea bazinului moale

Un timp important al degajării este ampliaţia perineului: prezentaţia destinde progresiv fibrele musculare şi aponevrotice a perineului posterior, rezistenţa musculară diminua, sfincterul anal se destinde, coccisul este propulsat posterior, perineul posterior bombează proiectând vulva înainte.

Ansamblul ţesuturilor perineale destinse formează „bazinul moale". La primipare, aponevroza perineală mijlocie, prin rezistenţa pe care o opune, poate prelungi perioada de degajare. La multipare, această regiune este mult redusă, degajarea fiind mai facilă.

Forţa exercitată de către contracţiile uterine face ca obstacolul perineal să fie atacat de către frunte. Perineul se destinde fără nici o componenţă de alunecare, urmând deflexia capului care se produce datorită a trei factori:

- reacţia fascicolelor coccigiene a ridicătorilor anali asupra coccisului
- apariţia unei componente de glisare;
- trecerea forţei de reacţie perineală înapoia articulaţiei occipito-atlatoidiene.

Diametrele longitudinale solicită vulva corespunzător ariilor celor mai mari prin trecerea diametrului suboccipito-frontal (10,5), ce corespunde unui perimetru de 31 cm.

Rotaţia de restitutie

Când capul fetal se degajă în OP, umerii sunt la strâmtoarea superioară într-un diametru oblic. Elasticitatea muşchilor gâtului fetal va aduce occiputul de aceeaşi parte cu spatele fetal, aceasta numindu-se rotaţia de restitutie. Această rotaţie se poate accentua artificial coborând occiputul posterior astfel că tracţiunea elastică a muşchilor trapez şi sterno-cleido-mastoidian antrenează coborârea umărului anterior sub simfiză. Degajarea umărului posterior se face prin tracţiuni în sus pe capul fetal.

Consecinţele naşterii asupra fătului

Indiferent de parametrii de derulare a naşterii, aceasta comportă întotdeauna un grad de „traumatism obstetrical". Deformaţiile plastice sau bosele seroase sunt consecinţe minore.

Mult mai importante sunt modificările circulaţiei feto-materne, care se produc chiar la o contracţie uterină normală.

în afara acestor elemente, craniul fetal suferă o presiune fie direct de către uter, fie indirect prin presiunea exercitată de către col sau ridicătorii anali. Pentru un făt la termen, consecinţele acestei agresiuni sunt practic neglijabile, dacă naşterea evoluează normal.

Naşterea în prezentaţia craniană - varietăţi posterioare

Aceste varietăţi sunt rare, occiputul este posterior pe unul din cele două diametre oblice (stâng frecvent) realizând:

- OIDP (occipito iliacă dreaptă posterioară) reprezintă 30 - 45%
- OISP (occipito iliacă stângă posterioară) reprezintă 6%

Aceste varietăţi au câteva diferenţe faţă de cele anterioare:

- **angajarea** : flexia e mai puţin accentuată, occiputul ia contact cu marginea posterioară a bazinului, iar fruntea va lua contact cu simfiza . Deci diametrul de angajare este suboccipito- frontal (de 10 - 10,5 cm) şi nu suboccipito - bregmatic (9,5 cm). Angajarea se asociază cu un asinclitism.
- **coborârea** - este lentă , rotaţia este dificilă şi tardivă. Rotaţia anterioară e dificilă (135 °) mai frecvent posterioară (45°) apare o bosă serosanguinolentă.
- **degajarea** - în 95% din cazuri se produce in occipito-pubiană. Degajarea în occipito sacrată (5%) presupne un contact al frunţii cu simfiza realizându-se nu o deflexie şi o flexie a capului, ceea ce are două consecinţe :
  - rupturi perineale (degajare în diametrul fronto-occipital de 12 cm), ceea ce face necesară epiziotomia;
  - risc fetal: degajarea este traumatizantă pentru făt fiindcă impune ajutor prin aplicare de forceps sau ventuză.

CAPITOLUL 5

ASISTENŢA LA NAŞTERE ÎN PREZENTAŢIA CRANIANĂ

Naşterea normală reprezintă totalitatea fenomenelor spontane mecanice, biochimice şi bioelectrice care duc la expulzia fătului şi a anexelor sale prin canalul pelvigenital, la termen (38 - 42 săpt.), fără traumatism matern sau fetal.

La intrarea în sala de naştere a unei gravide, se va face reevaluarea unor parametri care apreciază prognosticul de naştere:

- anamnestic: vârsta, paritatea, evoluţia naşterilor anterioare, modalitatea naşterii, eventualele manevre intrauterine, greutatea feţilor la naştere, dezvoltarea ulterioară a copiilor, bolile cronice sau acute ale gravidei;
- starea canalului obstetrical: forma şi dimensiunile canalului dur şi supleţea canalului moale (planşeu pelvi-perineal, inel vulvar, vagin etc);
- elementele oului:
  - fătul: prezentaţie, poziţie, viabilitate, greutate estimativă;
  - starea membranelor;
  - cantitatea de lichid amniotic;
  - placenta: localizare (echografic);
- forţa: prezenţa de cicatrici uterine, tumori previa, formarea segmentului inferior.

Acest examen intranatal va concluziona dacă parturienta va avea un prognostic bun (naştere eutocică), sau un prognostic rezervat, care va necesita o supravegnere atentă.

Prognosticul de naştere se poate modifica în timpul naşterii, dacă apar unele elemente imprevizibile. De aceea de la clasicii obstetricii a rămas aforismul că „prognosticul unei naşteri poate fi fixat după naştere”.

Naşterea are trei perioade:

- de dilatare a colului, cu o durată de 10 - 12 ore la primipare şi 6 - 7 ore la multipare
- de expulzie a fătului (20 - 30 min.);
- de expulzie a placentei (de delivrare, 30 min.).

Unii autori încadrează în această succesiune şi perioada de lehuzie imediată de 2 - 4 ore, numită impropriu şi perioada a IV-a a naşterii, pentru a atrage atenţia asupra importanţei acestei perioade, care poate genera uneori complicaţii hemoragice. Menţionăm însă că naşterea se termină după expulzia placentei.

Parametrii care se supraveghează în cursul naşterii sunt:

- contracţiile uterine dureroase;
- raporturile prezentaţiei cu bazinul osos;
- starea membranelor;
- aspectul lichidului amniotic;
- cordul fetal.

Pentru sistematizare, se va prezenta schema de supraveghere a evoluţiei naşterii impusă de şcoala ieşeană (prof. V. Dobrovici), care are trei obiective:

- starea parturientei;
- starea fătului;
- progresul naşterii, care se referă la:
  - fenomene mai importante ale perioadei;
  - mecanismul de naştere;
  - durata fiecărei perioade.

Asistența naşterii în prima perioadă (de dilatație a colului)

Un element important în cuantificarea acestei perioade este stabilirea cu precizie a momentului începutului naşterii. Este tot meritul şcolii ieşene, care a fixat declanşarea naşterii în prezenţa:

- col şters dilatat 2 cm;
- cel puţin două contracţii într-un interval de 10 min.

Alţi autori acordă o importanţă deosebită eliminării dopului gelatinos. Aceste elemente sunt valoroase la primipare, însă îşi pierd calitatea la

multipare sau mari multipare, unde ştergerea şi dilatarea colului sunt concomitente. în aceste cazuri existenţa contracţiilor uterine ritmice şi progresive, ca frecvenţa şi intensitatea, este un semn valoros de declanşare a naşterii. Perioada de pretravaliu reprezintă ultimele săptămâni de gestaţie până la începerea dilataţiei colului. Este o perioadă de tranziţie când contracţiile uterine devin mai frecvente, colul se maturează şi se poate centra.

Noţiunea de naştere declanşată se va deosebi de falsul travaliu, care se caracterizează prin prezenţa de contracţii uterine nesistematizate, fără modificări ale colului, contracţii care cedează la repaus sau după administrarea de antispastice, într-un interval de 2 - 3 ore.

Starea parturientei

La intrarea în sala de naşteri, gravida va fi monitorizată clinic prin evaluarea unor parametri ca: TA, pulsul, starea generală, respiraţia, colorația tegumentelor, comportamentul şi echilibrul psihic, reacţia faţă de durere. în această perioadă parturienta se află în sala de pretravaliu, la pat, în decubit lateral stâng, decubit care este mult utilizat în obstetrică fiindcă prezintă unele avantaje: creşte fluxul utero-placentar, creşte fluxul renal matern, evită compresiunea marilor vase de către uterul gravid.

Prezenţa unui membru al familiei in sala de naşteri s-a dovedit uneori benefică diminuând durata medie a travaliului, consumul de antalgice şi numarul de cezariene. Această atitudine se adresează însă mai ales gravidelor cu un anumit nivel educaţional care pot colabora eficient cu un membru al familiei.

Un element deosebit de important al acestei perioade este combaterea durerii şi modelarea comportamentului gravidei.

Stabilitatea psihică a gravidei, care impune un comportament raţional şi civilizat, se poate obţine utilizând psihoprofilaxia, care se recomandă la toate gravidele.

Modelele psihosomatice, chiar dacă nu suprimă durerea, o fac suportabilă, diminuând excitabilitatea psihică. Aceste metode sunt: nenocive, permit cooperarea cu parturienta, ameliorează aportul de oxigen, diminua percepţia dureroasă şi frica de actul naşterii.

Toate metodele psihoprofilactice se bazează pe acelaşi principiu: învaţă parturienta să se relaxeze între contracţii, să respire profund în timpul unei contracţii aplicând un masaj uşor abdominal. Alături de metodele psihoprofilactice se mai pot utiliza metode psihoterapice (sofrologie , hipnoză), sau fizioterapice (acupunctură, anestezia electrică).

Psihoprofilaxia, alături de unele droguri care se vor administra în prima perioadă a naşterii (sedative, antispastice, ocitocice), face parte din conceptul de naştere dirijată (concept creat de Voron şi Pigeaud). Termenul de „dirijat" arată intervenţia într-un mecanism natural, complex, a unor factori din afară. Aceşti factori, care tind să modifice mecanismele fiziologice, trebuie să îndeplinească o condiţie de bază şi anume, lipsa de nocivitate pentru mamă şi făt şi să dirijeze în mod favorabil naşterea.

Găsirea unei scheme unice, ideale în „conducerea activă a naşterii", este iluzorie, fiecare caz beneficiind de aportul selectiv al unor droguri.

Combaterea durerii este unul din deziderateле primei perioade a naşterii, cu toate că nu s-a găsit drogul ideal (nu există naştere fără dureri). Ameliorarea durerii scurtează prima perioadă a naşterii, cu beneficii notabile asupra parturientei şi a fătului.

Durerea în timpul naşterii este dată de compresiunea formaţiunilor nervoase din pelvis, distensia peritoneului, distensia colului, hipoxie.

Combaterea medicamentoasă a durerii se face prin metode de analgezie.

Înainte de detalierea acestui capitol, este necesar a se expune înţelesul unor noţiuni:

- analgezia reprezintă abolirea parţială sau totală a senzaţiilor dureroase;
- anestezia este o intoxicaţie dozată, reglabilă, progresivă, temporară care determină pierderea sensibilităţii, a conştientei şi relaxare musculară;
- ataraxia este o pierdere a sensibilităţii dureroase, asociată cu o stare de indiferentă;
- neuroleptanalgezia reprezintă asocierea la ataraxie a analgeziei.

Calitatea analgeziei: să nu modifice nefavorabil organismul matern sau fetal, să nu determine modificări ale dinamicii uterine, menţinând gravida în stare de conştientă.

În prima perioadă a naşterii, se pot utiliza droguri care blochează centrii nervoşi superiori, unele care induc somnul (administrate la debutul travaliului):

- sedative: Diazepam (max. 30 mg I.M.), poate induce hipotonie uterină şi detresă respiratorie la nou-născut; Clorpromazină (50 mg I.M.);
- hipnotice: Ciclobarbital, Fenobarbital;

- opiacee: Petidină (Mialgin) este un drog foarte utilizat în prima perioadă a naşterii. Petidina este un opiaceu de sinteză, care acţionează asupra fibrei musculare, având şi acţiune parasimpaticolitică cât şi o acţiune analgetică puternică prin efect central. Mialginul are însă un efect depresor respirator la făt, de aceea se va administra cu cel puţin 3 ore înainte de expulzie. Doza este de max. 150 mg, pe cale I.M., LV., S.C. Efectul său apare la 30 min. şi durează 2 - 3 ore. Mialginul este contraindicat în caz de dilatatie mare, suferinţă fetală sau naştere prematură. Un alt drog utilizat este Fortralul.
- spasmolitice: interesează analgezia obstetricală numai în măsura în care regularizând contracţiile uterine şi tonusul, diminua necesităţile de analgetice. Ele pot fi:
- musculotrope care acţionează direct pe fibra musculară uterină (Papaverina, doză max. 160 mg/24 ore). Aceste substanţe nu deprimă centrii respiratori ai fătului.;
- vasculotrope: Scobutil;
- parasimpaticolitice: derivaţi de Atropină şi Scopolamină.

În a II-a perioadă a dilataţiei (peste 5 cm), combaterea durerii se poate face cu:

- neuroleptice: Clordelazin;
- Fentanyl, care asociat cu Droperidol realizează neurolepanalgezia tip II;
- analgezia inhalatorie, puţin folosită azi. Se poate utiliza protoxidul de azot şi oxigen (deprimă respiraţia maternă), gravida respirând în mască: 3 - 4 inspiraţii induc o analgezie notabilă. Alt drog analgezic inhalator este trilenul asociat cu oxigen (induce o cianoză a noului născut);
- anestezia generală de scurtă durată pe cale I.V., utilizează ca produse: gammaOH (hidroxibutirat de natriu) şi Penthotal. Inconvenientul major este pasajul drogurilor administrate mamei către făt. Alte produse utilizate sunt Tiopentalul, Ketamina, Propofol, Curara.
- anestezia regională şi loco-regională: acest tip de anestezie paralizează trunchiurile simpatice şi parasimpatice a zonei genitale, păstrând conştienta gravidei.

Metodele utilizate pot fi:

1. rahianestezia - nu se foloseşte datorită contracturii uterine pe care o determină, duratei de acţiune limitată şi a riscului de hipotensiune brutală.
2. anestezia caudală continuă;
3. anestezia peridurală este cea mai utilizată formă. Acest tip de anestezie se va efectua de către medicul anestezist. Aburel a preconizat şi utilizat cu succes anestezia peridurală continuă cu cateter. Anestezia peridurală a înlocuit anestezia generală care e mai riscantă.

Este singura tehnică ce permite o analgezie a naşterii fără afectarea conştienţei mamei, efectuarea de acte chirurgicale (extracţii instrumentale , cezariana), respectând integritatea psihologică a mamei.

Avantajele anesteziei peridurale se referă la utilizarea sa in orice perioadă a naşterii , fără repercursiuni asupra fătului.

Datorită acţiunii asupra fibrelor neuro-vegetative, rezultă o vasodilataţie care poate antrena o diminuare a returului venos, ceea ce poate induce colaps (chiar stop cardiac) matern şi o suferinţă fetală.

Atenuarea consecinţelor vasodilataţiei se poate obţine prin :

- umplere vasculară cu Ringer lactat
- decubit lateral stang al mamei
- supravegherea membrelor inferioare a pacientei pentru a observa returul venos.
- efedrină diluată, pentru tratarea hipotensiunii brutale.

Asupra aparatului respirator, epidurala acţionează creând o senzaţie de dispnee cu paloare.

Anestezia peridurală scade uşor intensitatea contracţiilor uterine.

Indicaţii:

- confortul matern
- agitaţia psihomotorie maternă
- extracţii instrumentale.

Alte indicaţii discutabile se referă la :

- proba de naştere
- suferinţa fetală cronică
- HTA uşoară
- prezentaţia pelvină
- uter cicatricial

Contraindicaţii :

- obstetricale - suferinţa fetală acută
- tulburări de hemostază materne
- infecţii

Anesteziei peridurale i se reproşează alungirea expulziei (ceea ce impune creşterea frecvenţei de aplicare a forcepsului - vid extractor) fără creşterea procentului de cezariene.

Alte metode de analgezie sunt:

1. infiltraţia paravertebrală, care realizează o paralizie a simpaticului lombar;
2. infiltraţia parametrelor (blocajul paracervical) este o metodă care se poate realiza pe cale suprasimfizară sau perineală, injectând anestezicul în fundurile de sac laterale la ora 3 şi 9.
3. blocajul nervilor ruşinoşi interni la nivelul spinelor sciatice se poate realiza pe cale transcutanată sau vaginală. Este eficace doar în perioada de expulzie.

Starea fătului

Se apreciază la interval de 30 - 60 min. prin metode clinice sau paraclinice. Supravegherea cordului fetal este investigaţia de bază. Ascultarea B.C.F. este o metodă în prezent depăşită, fiindcă fiind discontinuă nu poate decela toate modificările.

Înregistrarea continuă a ritmului cardiac fetal (R.C.F.), permite o supraveghere optimă, ritmul nefiind influenţat de contracţiile uterine.

Se va nota frecvenţa, ritmul, apariţia de oscilaţii sau variaţii tranzitorii (acceleraţii sau decelaraţii).

R.C.F. NORMAL se defineşte ca:

- frecventa de 120 - 160/min.:
- ritm regulat;
- oscilaţii între 10 - 25 bătăi/min.

Acest traseu se numeşte reactiv. în general, decelaraţiile semnifică o stare patologică.

Alte elemente care permit supravegherea stării fătului:

- mişcările active fetale;
- aspectul lichidului amniotic care reflectă starea acestuia.

În mod normal, L.A. este un lichid clar, uşor opalescent, iar coloraţia sa cu meconiu, în verde semnifică clasic o suferinţă fetală.

L.A. se poate observa fie direct după ruperea membranelor, fie prin amnioscopie. Semnificaţia verde a L.A. s-a modificat însă în urma unor constatări clinice, care au stabilit că în unele cazuri nu există nici un semn de suferinţă fetală. Autorii moderni consideră că un făt la termen, care a atins un grad de maturitate, poate avea tranzit. Oricum, constatarea pe parcursul naşterii a unui L.A. meconial, este un semnal de alarmă, care presupune investigaţii suplimentare:

- supravegherea biochimică se poate realiza după ruperea membranelor la un col dilatat 4 - 5 cm, când se poate măsura:
- pH-ul din scalp :
  - pH peste 7,25 - travaliul este supravegheat
  - pH între 7,20 - 7,25 - se repetă după 30 minute
  - pH sub 7,20 → acidoză
- dozarea glucozei, acidului lactic.

În ceea ce priveşte monitorizarea fetală , beneficiile atribuite iniţial monitorizării universale sunt reduse faţă de monitorizarea selectivă, iar sechelele neurologice nu sunt mai crescute la nou născuţii monitorizaţi prin ascultaţie faţă de cei monitorizaţi electronic cu condiţia să se facă după contracţie pentru 60 de secunde.

Progresul naşterii

Acest obiectiv al supravegherii naşterii în prima perioadă urmăreşte mai mulţi parametri:

- dinamica uterină;
- dilatarea colului;
- formarea şi ruperea pungii amniotice;
- mecanismul de naştere.

Dinamica uterină.

Contracţiile uterine au următoarele caracteristici:

- sunt involuntare, ritmice, regulate, progresive ca durată şi intensitate;
- sunt totale şi dureroase.

Factorii care influenţează contracţiile uterine sunt: poziţia parturientei (activitatea creşte în decubit lateral stâng), paritatea, reacţiile emoţionale, durerea, drogurile.

Studiul contracţiilor uterine se poate realiza clinic sau paraclinic.

Mijloacele clinice presupun palparea corpului uterin într-un interval de 10 min., consemnând tonusul bazal, durata contracţiei, intensitatea acesteia, intervalul dintre contracţii.

Mijloacele paraclinice sunt reprezentate de înregistrarea mecanică sau electrică a contracţiilor uterine (tocografia). Aceasta poate fi externă sau internă, aceasta din urmă fiind: intraamniotică, extraamniotică sau intramiometrială.

Parametrii urmăriţi ai dinamicii uterine sunt:

- tonusul bazal care este presiunea intramiometrială între contracţii;
- intensitatea sau amplitudinea (în mm. col. Hg);
- frecventa: numărul de contracţii în 10 min.;
- ritmicitatea şi durata.

Şcoala de la Montevideo a lui Caldeyro Barcia consideră că activitatea uterină este produsul dintre intensitate (exprimată în mmHg) şi frecvenţa contracţiilor uterine în 10 min. (unitatea Montevideo).

În prima perioadă a naşterii, activitatea uterină creşte progresiv până la 80 - 150 U.M. prin creşterea intensităţii la 30 - 50 mmHg şi a frecvenţei la 3 - 6 contracţii/10 min.

Conceptul de naştere dirijată se aplică şi corecţiei tulburărilor de dinamică care pot apare: prin insuficienţă sau exces. Hipodinamica uterină se corectează prin administrarea de perfuzii ocitocice, iar dinamica excesivă beneficiază de aportul antispasmodicelor, opiacee sau a betamimeticelor. Alte substanţe utilizate în susţinerea forţei de contracţie a muşchiului uterin sunt substanţele energetice: glucoza hipertonă, vitamine, oxigen.

Dilatarea colului

Este un fenomen dinamic, care se apreciază prin examen digital, efectuat obligator la intrarea parturientei în sala de naşteri, apoi la un interval de 3 ore sau ori de câte ori este nevoie. în caz de membrane rupte, datorită riscului septic, examenul digital se va efectua mult mai rar. Unii autori au recomandat T.R. pentru aprecierea stării colului, care protejează faţă de riscul septic, însă oferă mult mai puţine informaţii.

La fiecare examinare se va nota poziţia colului, gradul de supleţe şi mărimea dilataţiei (în cm).

Poziţia colului: în mod normal în timpul naşterii, colul este situat central, însă uneori se află posterior. Situaţia sa centrală este favorabilă dilataţiei.

Ştergerea colului reprezintă juxtapunerea celor două orificii, în realitate persistând o grosime de 1 cm. La primipare, ştergerea precede dilataţia, iar la multipare aceste procese au loc simultan.

Dilatarea colului se apreciază în cm, acesta fiind un parametru foarte important al supravegherii naşterii, fiind identificate două faze:

- faza latentă, care durează la primipare 7 - 8 ore începe de la debutul contracţiilor uterine până la o dilatare de 3 - 4 cm.;
- faza activă, de la 3 - 4 cm până la dilataţie completă. Această fază are două perioade:
  - de acceleraţie (în jur de 2 ore);
  - de decelaraţie (4 - 5 ore), până la dilataţie completă.

Dilatarea colului uterin este elementul cel mai important al primei perioade a naşterii. De multe ori distociile de dilataţie sunt legate de distociile dinamicii uterine, de aceea dirijarea travaliului va face apel la antispastice, opiacee, infiltrarea colului (metodă neacceptată unanim) sau ruperea membranelor. Viteza de dilataţie normală este de 1 cm/oră. Dilataţia mai mică de 1 cm/oră necesită perfuzie ocitocică, iar stagnarea dilataţiei peste două ore cu o dinamică uterină bună impune cezariana.

Formarea şi ruperea pungii amniotice

Se precizează prin EVD şi EVV şi are loc concomitent cu dilatarea colului. Punga amniotică reprezintă un sac membranos aflat între prezentaţie şi orificiul colului. în mod normal punga amniotică este plată, perceptibilă la contracţii când se află în tensiune.

O pungă amniotică care bombează este în principiu nefavorabilă, putându-se asocia cu o prezentaţie neangajată. La o dilataţie de 5 - 6 cm, membranele se pot rupe artificial (în prezentaţia craniană). Această manevră face parte din dirijarea travaliului, având semnificaţie în declanşarea naşterii, proba de naştere, distocii de dilataţie, hipertonia uterină.

Riscul evident este procidenţa de cordon, care poate fi evitată printr-o manevră corectă.

Membranele pot fi rupte in cinci eventualităţi:

- ruperea normală la 5 cm dilataţie (în prezentaţie craniană)
- ruperea prematură, înainte de declanşarea naşterii
- ruperea precoce la o dilataţie sub 5-6 cm
- ruperea tardivă - când se produce concomitent cu degajarea
- ruperea artificială

Mecanismul de naştere

În cursul perioadei de dilataţie, evoluţia capului fetal este lentă şi progresivă, mai ales la debutul naşterii, mecanismul de naştere accelerându-se în cursul fazei active a travaliului. în această perioadă are loc orientarea, angajarea, coborârea parţială şi rotaţia.

Supravegherea mecanismului de naştere se face prin examen vaginal care va preciza: orientarea, flexia capului, sinclitismul, gradul de coborâre a prezentaţiei, deformaţiile plastice ale capului fetal.

Reperarea exactă a orientării este esenţială pentru prognostic: palparea uterului gravid oferă unele date: dacă spatele este la dreapta aceasta corespunde în general unei poziţii drepte posterioare, iar spatele la stânga, poate corespunde unei poziţii stângi anterioare sau posterioare. Examenul vaginal apreciază varietatea de poziţie prin palparea suturii sagitale (care va fi într-un diametru oblic) şi a fontanelei posterioare. Marea fontanelă este inconstant percepută.

Gradul de flexie a capului se apreciază după uşurinţa palpării fontanelei posterioare. Dacă marea fontanelă este palpabilă, prezentaţia prezintă un grad de deflexie.

Sinclitismul se apreciază prin gradul de centrare al suturii sagitale.

Înălţimea prezentaţiei (mecanismul de naştere) se apreciază prin examen vaginal sau palparea abdomenului (vezi diagnosticul de angajare), iar rotaţia internă este terminată când sutura sagitală este pe diametrul antero-posterior iar mica fontanelă sub simfiză. Angajarea capului fetal semnifică o probă de naştere pozitivă, care va autoriza naşterea naturală.

Deformaţiile plastice ale capului fetal se referă la încălecarea oaselor parietale sau la existenţa unui decalaj între ele.

Prezenţa unei bose sero-sanghine poate jena fixarea diagnosticului de varietate de poziţie sau al mecanismului de naştere.

Asistența naşterii în a II-a perioadă (dirijarea expulziei)

Perioada a II-a a naşterii (a expulziei fătului) începe din momentul când:

- colul este complet dilatat, rezultând un canal vagino-cervico-segmentar;
- membrane rupte;
- prezentaţia este parţial coborâtă sau coborâtă pe planşeul pelvin.

Durata acestei perioade este de:

- 30-40 min. la primipare;
- 10-15 min. la multipare şi mari multipare.

Parametrii urmăriţi sunt:

Starea mamei (parturientei): se vor urmări T.A., pulsul, intensitatea durerii, comportamentul gravidei.

Pentru combaterea durerii se vor continua o serie de metode de analgezie din prima perioadă: peridurală, inhala-torie sau anestezia locală.

Anestezia locală a fost mult utilizată, fiind în prezent înlocuită cu anestezia peridurală. Deşi iniţial s-a considerat că nu ar avea nici un efect nociv asupra fătului, astăzi sunt unele rezerve, aceasta determinând bradicardie fetală. în plus infiltrarea ţesuturilor (perineu) materne poate determina hematoame.

Infiltrarea perineului interceptează ramuri ale nervilor ruşinoşi, abdomino-genitali, genito-crurali şi coccigian. Acest tip de anestezie asigură abolirea durerii produsă de distensia perineului la trecerea capului fetal. Infiltraţia se realizează cu soluţie de procaină sau xilină 0,5%, după testarea sensibilităţii.

Se descriu mai multe tehnici:

- Moore, care infiltrează progresiv un romb care acoperă regiunea vulvo-perineală;
- Aburel (Hi şi H_2) sau tehnica Dobrovici. Conducerea fiziologică a expulziei se referă la:
- reducerea componentei dureroase;
- reducerea conflictului dintre prezentaţie şi părţile moi. Aceste deziderate se obţin prin:
  - asigurarea eficienţei contracţiilor uterine;
  - perineotomia;
  - scurtarea perioadei de expulzie prin utilizarea vidextractorului sau forceps, când acestea sunt necesare.

Starea fătului

Starea fătului se apreciază prin supravegherea BCF la 5-10 min., care acum se percep suprasimfizar.

Progresul naşterii

Progresul naşterii se referă la o serie de fenomene care sunt caracteristice acestei perioade:

- eforturile expulzive;
- modificările plastice ale perineului;
- mecanismul de naştere.

Eforturile expulzive sunt declanşate de contactul capului fetal cu ridicătorii anali, cât şi de contracţiile uterine. Contracţiile expulzive, la care participă şi musculatura abdominală, sunt involuntare, pot fi dirijate de medic sau parturien-tă, apar la interval de 1 min. şi durează 45 - 60 sec.

Pentru a fi eficiente, la o contracţie gravida va face o manevră Valsalva (se pot face 2 - 3 eforturi expulzive la o contracţie).

Modificările perineului se referă la:

- dilatarea perineului posterior
- dilatarea perineului anterior;
- dilatarea orificiul vulvar.

Dilatarea perineului posterior este primul semn de expulzie: creşte distanţa ano-vulvară şi se produce eversarea sfincterului anal. în acest moment parturienta se urcă pe masa ginecologică pentru asistenţa naşterii. Referitor la poziţiile de naştere, cea care permite un control riguros al gravidei, intervenind favorabil şi în mecanismul de naştere, este poziţia ginecologică cu coapsele flectate pe bazin şi gambele flectate pe coapse, la un unghi de 90°.

În afara acestei poziţii, se descriu şi alte posturi: poziţia verticală, în genunchi, aşezat, decubit lateral stâng.

Dilatarea perineului anterior: acesta va bomba şi se va dilata, iar distanţa ano-vulvară creşte la 8 -10 cm.

Dilatarea inelului vulvar, care coafează prezentaţia ce apare progresiv la vulvă la eforturile expulzive şi se retrage între contracţii (semn că degajarea din canalul dur nu s-a terminat). în acest moment se poate efectua epiziotomia.

Mecanismul de naştere

În această perioadă se produce completarea coborârii (uneori rotaţia anterioară se produce la nivelul planşeului pelvi-perineal (sutura sagitală este pe diametrul antero-posterior iar mica fontanelă este sub simfiză, ceea ce desemnează expulzia în O.P.).

Când capul fetal nu se mai retrage între contracţii, s-a produs degajarea din canalul dur iar degajarea din canalul moale se poate ajuta (dirija), ceea ce desemnează **asistenţa ia naştere,** care presupune:

- toaleta vulvoperineală;
- aşezarea câmpurilor;

- pregătirea personalului (halat, mască, mănuşi). Cel care asistă naşterea se aşează la dreapta parturientei;
- pregătirea instrumentarului: trusa de cordon, trusa de perineu, comprese, câmpuri sterile, pense port-tampon. Masa ajutătoare se aşează sub parturientă.

Pentru a ajuta degajarea din canalul dur (flexia capului), se vor face presiuni asupra capului fetal subsimfizar. Când prezentaţia este coafată de inelul vulvar, cu marginea cubitală a mâinii stângi sprijinită pe simfiză, se vor cuprinde bosele parietale între police şi celelalte degete pentru a împiedica o degajare prea rapidă.

Când bosele parietale destind puternic orificiul vulvar, cu degetele mâinii drepte se decoronează craniul. Pentru a ajuta degajarea din canalul moale se pot utiliza două tehnici:

- cu mâna dreaptă, prin intermediul unui câmp steril, se aplică o presiune perineului posterior, în felul acesta protejându-l;
- cu două degete a mâinii drepte, prin intermediul unei comprese, se reperează bărbia fătului (între anus şi comisura vulvară posterioară), asupra căreia se aplică o presiune în sus.

După degajarea capului, se verifică dacă există o circulară pericervicală de cordon (dacă este strânsă se secţionează între pense, dacă este laxă se trece peste capul fătului), se şterg mucozităţile din gura fătului cu o compresă.

Pentru degajarea umerilor, se apucă capul fetal cu feţele palmare a celor două mâini, aşezate în lungul parietalelor şi în timpul unei contracţii, se rotează capul cu faţa spre stânga sau dreapta (după cum a fost poziţia lui iniţială). Astfel, umerii ajung în diametrul antero-posterior. Pentru degajarea umărului anterior, se fac tracţiuni în jos asupra capului fetal, până la apariţia reliefului deltoidian, apoi se schimbă tracţiunea, în sus pentru degajarea umărului posterior.

Degajarea pelvisului fetal nu ridică nici un fel de probleme.

În acest moment perioada a II-a a naşterii este terminată.

După extracţia fătului, acesta se aşează într-un decubit lateral pe masa ajutătoare. Se face apoi secţiunea cordonului: pentru a evita acidoza fetală, aceasta se va efectua în max. 30 sec. după naştere.

Asistența naşterii în perioada a III-a a naşterii

Starea parturientei - se va supraveghea în primul rând echilibrul cardio-vascular şi cantitatea de sânge pierdută. în această perioadă se pierd aproximativ 250 ml sânge (considerată o cantitate normală).

După expulzia fătului, uterul este de 2 laturi de deget supraombilical, având o consistenţă renitentă. Parturienta este în poziţie obstetricală, având pensat capătul matern al cordonului, care este aşezat pe abdomenul mamei.

Starea noului născut se apreciază după scorul Apgar, care reprezintă sumarea unor note (de la 0 la 2), care se referă la:

- activitatea cardiacă;
- reflexele;
- coloraţia tegumentelor;
- respiraţia;
- tonusul muscular;

Dacă scorul Apgar este sub 7 imediat după naştere, acesta se va reevalua la 5 -10 -15 min., apoi se face cântărirea, măsurarea, identificarea noului-născut, profilaxia vulvitei la fetiţe şi a oftalmiei, apoi noul născut este aşezat într-un microclimat specific, la o temperatură de 22 - 23°C

Progresul naşterii se referă la mecanismul de naştere al placentei.

Acesta presupune trei perioade:

- de repaus fiziologic, de 3 - 5 min.;
- de decolare placentară de 15 - 20 min. Acum reapar contracţiile uterine, la 3 - 4 min. de 30 sec, care decolează placenta. Termenul de decolare placentară este incorect fiindcă de fapt planul de clivaj al placentei se află în grosimea endometrului, acesta fiind diferenţiat în două planuri distincte: unul superficial, în raport cu placenta, care datorită unei degenerări hialine are un aspect compact (este caduca propriu-zisă) şi care se va elimina cu placenta şi un strat profund în raport cu peretele muscular, care corespunde fundurilor de sac glandulare, care îi dă un aspect spongios şi de unde se va regenera endometrul. Clivajul se produce între stratul compact şi spongios.

Mecanismul clivajului: clasic (Boudeloque), prin care se formează un hematom între cele două straturi, sub influenţa contracţiilor uterine. Acest

mecanism se produce la inserţia fundică a placentei. Când placenta este inserată pe unul din pereţii laterali, clivajul se face decliv, acesta fiind mecanismul Duncan.

- migraţia placentei se produce sub influenţa contracţiilor uterine, dar placenta este reţinută de membrane şi ea se eversează, faţa fetală fiind prima care se elimină (model Boudelouque), sau fără eversare, când prima prezintă faţa maternă (model Duncan).

Clinic, migraţia placentară în segmentul inferior face ca uterul să ascensioneze, iar pasajul placentei în vagin aduce fundul uterului subombilical.

Pentru a verifica decolarea placentei, se ţine pensa cu cordonul cu o mână (cordonul uşor relaxat) şi se aplică o presiune suprasimfizar, împingând uterul în sus. Dacă cordonul nu se retrage, clivajul s-a produs şi o presiune la fundul uterului ajută la expulzia placentei.

După delivrare, se face un control amănunţit al integrităţii placentei şi a membranelor cât şi a distanţei dintre marginea membranelor şi inserţia placentei, pentru aprecierea sediului de inserţie a acesteia (normal peste 10 cm).

Durata perioadei a lll-a nu va depăşi 30 min., în condiţiile în care nu se produc hemoragii care să impună extracţia manuală.

Partograma

Partograma reprezintă un act medico-legal. Este un rezumat sintetic, care face o analiză succesivă a evoluţiei naşterii.

Partograma poate fi reprezentată fie de o diagramă obstetricală (Lacomme), fie ca un grafic (diagrama lui Friedman), sau sub forma unui tabel unde sunt consemnate elementele obstetricale.

Partograma se începe la intrarea parturientei în sala de naşteri (col şters dilatat 2 cm), sau atunci când gravida ajunge mai târziu la sală, din momentul când se face prima examinare.

În afara datelor de identificare, nr. F.O., data şi ora intrării în sala de naşteri, cât şi modalitatea ruperii membranelor, partograma cuprinde o serie de rubrici care vor fi completate după examinarea gravidei (orar sau la 3 ore, prin EVV sau EVD).

Prima rubrică cuprinde data şi ora şi ne oferă informaţii asupra duratei perioadelor de naştere.

Următoarea rubrică va fi completată cu datele referitoare la dilataţia colului (în cm) şi eventualele elemente patologice care pot apare (edem de col).

Urmează notarea mecanismului de naştere: de la prezentaţie aplicată, angajată, angajat parţial coborâtă, coborât începutul expulziei până la expulzia fătului.

Următoarele două rubrici se referă la starea membranelor şi a lichidului amniotic, urmând starea fătului (frecvenţa BCF), apoi date referitoare la contracţiile uterine (interval şi durată) şi tonusul bazal.

Ultima rubrică a partogramei se referă la diversele terapii aplicate gravidei.

La fiecare examinare, medicul va semna şi parafa datele obţinute în urma examinării.

Aceste elemente se referă la prima perioadă a naşterii.

În a ll-a perioadă (expulzia fătului), se va consemna modalitatea expulziei (O.P. sau O.S.) şi calităţile noului-născut: greutatea, sex, lungime, scor Apgar, circulare de cordon etc).

Acum se va consemna epiziotomia sau prezenţa rupturilor canalului moale.

Perioada a lll-a a naşterii se referă la expulzia placentei: modalitatea delivrării, aspectul placentei şi a membranelor, epiziorafia.

În partogramă se vor consemna şi primele 3 - 4 ore ale iehuziei imediate (la un interval de 30 min.), când se va nota calitatea retracţiei uterine (prezenţa globului de siguranţă), a sângerării, T.A. şi pulsul lehuzei. Orice manevră (decolare manuală, control al cavităţii uterine, meşarea uterului) se va nota în partogramă.

Completată astfel, partogramă oferă o imagine clară a derulării naşterii, pe perioade, cât şi măsurile terapeutice administrate.

Naşterea naturală după operația de cezariană

Această eventualitate a devenit posibilă după introducerea inciziei transversale de către Kerr (1921). Totuşi naşterea vaginală după operaţia cezariană poate avea loc in anumite condiţii:

- dacă prima indicaţie a fost relativă sau pasageră
- lipsa unor indicaţii absolute la actuală sarcină
- cunoaşterea protocolului operator şi a evoluţiei primei cezariene (tip incizie, evoluţia postoperatorie, drenaj etc.)

- prezentaţie craniană
- monitorizare permanentă materno - fetală
- evoluţia normală a travaliului
- posibilitatea de intervenţie chirurgicală rapidă

Cu aceste condiţii, naşterea vaginală poate avea loc în 55 - 70% cazuri. Conduita naşterii pe uter cicatricial se numeşte proba uterină. Ea expune la risc de ruptură, complicaşiile fetale sau materne (histerectomia). Procentul de ruptură uterină este de 0 - 1 %.

Riscurile probei uterine sunt diminuate atunci când sunt elemente de prognostic:

- indicaţia intervenţiei
- biometria fetală (echografic) şi localizarea fundică a placentei.
- măsurarea echografică a segmentului inferior, cu toate că nici o explorare nu poate aprecia soliditate cicatricei.

Perfuzia ocitocică de declanşare, este autorizată în uterul cicatricial. Deasemeni antecedentele de două cezariene nu reprezintă o indicaţie formală de cezariană iterativă, dacă condiţiile sunt favorabile.

Elementele de supraveghere a probei uterine sunt :

- contracţiile uterine - prin tocometrie externă sau internă.
- ritmul cardiac fetal
- semne clinice de ruptură uterină. Aceste semne sunt inconstante, dar pot apare brutal sau progresiv: durere la nivelul cicatricii la contracţie, sângerare vaginală, hipokinezie sau hiperkinezie, stagnarea dilataţiei:
  - urina hematurică
  - uter în clepsidră
  - suferinţă fetală acută.

Anomalia cea mai frecventă este o dilataţie staţionară care poate fi corectată cu o perfuzie ocitocică.

Extracţia instrumentală se aplică după 20 minute de eforturi expulzive.

Revizuirea uterină nu este obligatorie şi se aplică numai când sunt semne de apel sau factori de risc.

Ruperea cicatricei impune tratament conservator sau radical (histerectomia).

Uterul cicatricial postmiomectomie nu constituie indicaţie absolută de cezariană, la fel ca şi conizaţia care vor fi însă atent monitorizate.

CAPITOLUL 6

PROBA DE NAŞTERE

Definiţie: Proba de naştere este o metodă expectativă, raţională şi atentă a evoluţiei mecanicii naşterii. De fapt, este o încercare de naştere pe cale naturală, al cărui criteriu major este angajarea capului fetal.

Proba se aplică numai prezentaţiilor craniene. Această probă se poate opri în orice moment pentru a permite extragerea fătului prin cezariană.

Lautuejoul distinge două probe de naştere:

- completă (temerară), care nu se mai aplică şi unde se face apel la toate posibilităţile: forceps, simfizio-tomie;
- limitată, dirijată, utilizată în mod curent.

În caz de prezentaţie pelvină, se obişnuieşte să se utilizeze termenul de „proba colului", care reflectă gradul de maleabilitate supleţe şi dilatare al colului. Uterul cicatricial poate beneficia de asemeni de o „probă a cicatricei", tentativă uneori riscantă, mai ales când nu beneficiem de condiţii optime pentru monitorizare materno-fetala.

Indicaţii:

- prezentaţia craniană;
- distocia limită de bazin: bazinul limită nu este o entitate fixă morfologic, ci una variabilă cu fiecare dimensiune fetală. Se consideră că pentru fătul la termen cu o greutate de 3000 g, diametrul util trebuie să depăşească 9 cm, diametrul transvers median să fie peste 11 cm, iar indicele strâmtorii superioare peste 20;

Proba de naştere va fi atent supravegheată, aceasta făcând parte din metodele de dirijare a naşterii.

Contraindicaţii:

- malformaţii fetale sau făt mort în antecedente;
- uter cicatricial, după incizie mediană corporală;
- suferinţă fetală;
- primipară în vârstă;
- patologia maternă asociată : diabet zaharat, cardiopatie, avorturi habituale;
- membrane rupte peste 24 ore;
- prematuritatea este o contraindicaţie relativă

Conducerea probei de naştere

Faza preparatorie. Această fază corespunde debutului naşterii. în această perioadă, se face o nouă evaluare: diagnosticul prezentaţiei, volumul şi caracterele acesteia, starea părţilor moi, paritatea şi vârsta parturientei, dinamica uterină, tonusul uterin, starea membrelor, TA, pulsul matern, masurarea DBP, radiopelvimetria.

în urma acestei examinări, se vor fixa elementele de prognostic:

- prognostic bun:
  - segment inferior bine format;
  - col şters, median;
  - prezentaţie craniană aplicată, bine flectată;
  - punga amniotică „plată";
- prognostic rezervat: segment inferior rău format, col gros, capul fetal semiflectat, pungă amniotică care bombează.

Debutul probei de naştere

Proba de naştere debutează în mod real după ruperea artificială a membranelor, la o dilataţie a colului de 4 - 5 cm. în caz de ruptură prematură a membranelor, proba de naştere începe de la debutul naşterii, prognosticul său fiind rezervat, în aceste situaţii se vor supraveghea ritmul şi frecvenţa contracţiilor uterine cât şi RCF (ritmul cardiac fetal).

După ruperea artificială a membranelor, se vor supraveghea patru elemente:

- contracţiile uterine: în timpul probei de naştere tonusul şi dinamica uterină vor fi atent supravegheate clinico-paraclinic. Orice perturbaţii a dinamicii uterine, vor fi corectate (dirijarea travaliului cu antispastice sau ocitocice);

- modificările raporturilor feto-materne: se pot aprecia prin examene vaginale succesive orare. Aceste modificări sunt cele mai importante, însă cel mai dificil de apreciat. Se va aprecia coborârea boselor parietale în excavaţie, care este semnul cel mai important, cât şi alte elemente în raport cu mecanismele obstetricale proprii fiecărei varietăţi de îngustare pelvină. Astfel, se poate urmări orientarea suturii mediane în diametrul pelvin adecvat, deflexia, asinclitismul în bazinele plate sau hiperflexia la bazinul în general strâmtat.
- Examenul vaginal efectuat orar apreciază şi starea colului: gradul de supleţe, orientarea şi gradul de dilatare, cât şi starea segmentului inferior.
- starea fătului este un element esenţial de supraveghere, fiindcă de fapt, proba de naştere se face în beneficiul produsului de concepţie. Fătul este monitorizat clinic (ascul-taţia BCF, culoarea LA) şi paraclinic (RCF). Apariţia în cursul probei de naştere a unui LA meconial, sau decelarea prin analiza RCF a unor deceleraţii tardive repetitive, impun operaţia cezariană, în beneficiul fătului.
- starea mamei: se vor supraveghea TA, pulsul, starea generală, curba termică etc.

Durata probei de naştere

Proba de naştere nu are o durată fixă, aceasta fiind impusă de medicul obstetrician, în funcţie de rezultatul aprecierilor.

În mod normal, o probă de naştere poate dura 2 - 3 ore. Astăzi, există tendinţa de a scurta această probă, mai ales prin asocierea unei perfuzii ocitocice, dar în aceste condiţii se va evita o confruntare brutală cefalo-pelvină, fixând o durată strict limitată.

În caz de suferinţă fetală, sau dinamică normală, nu se recomandă perfuzia ocitocică.

Atunci când se indică perfuzia ocitocică, aceasta se va administra în doză de 5 UI în 500 ml ser glucozat 5%, începând cu 10 pic./min. şi crescând ritmul în funcţie de reactivitatea uterină (dar nu se vor depăşi 30 pic./min.). Durata perfuziei nu va depăşi 2 - 3 ore în perioada de dilatare.

Rezultatele probei de naştere

Astfel dirijată, proba de naştere permite la un moment determinat să se afirme dacă naşterea poate avea loc pe cale naturală sau se recurge la operaţia cezariană, în acest sens fiind foarte important ca medicul care supraveghează naşterea să-şi fixeze o oră când va lua o decizie. Această decizie se ia în funcţie de mecanismul de naştere (angajarea capului fetal) şi starea colului.

Proba este pozitivă când dilataţia progresează favorabil, prezentaţia se angajează, naşterea pe cale naturală fiind astfel posibilă. Uneori, se impune cezariana de urgenţă în caz de: suferinţă fetală acută, procidenţă de cordon.

Proba este negativă când capul fetal nu s-a angajat iar dilataţia este staţionară. în aceste situaţii se indică operaţia cezariană pe făt viu. în caz de probă negativă, se pot întâlni mai multe situaţii:

- prezentaţia rămâne sus situată şi mobilă;
- dilataţia rămâne incompletă, stagnează sau progresează anormal (sub 1 cm/oră). Dacă contracţiile sunt insuficiente se administrează o perfuzie ocitocică sub controlul dinamicii uterine (tocografie). Scopul perfuziei ocitocice este obtinerea unei dinamici normale însă nu se va provoca o hiperkinezie care poate conduce la o dilataţie completă, însă cu preţul apariţiei suferinţei fetale. Dacă contracţiile uterine sunt normale (tocografie) dar dilatarea stagnează proba de naştere e negativă. În acest caz se poate aştepta 1- 2 ore dacă RCF este normal. Dacă RCF are anomalii , prezentaţia e în varietate posterioară sau flectată sau apare o bosă sero - sanguinolentă, proba poate fi scurtată sub 1,5 ore.
- dilataţia este completă, dar prezentaţia este mobilă. Se poate aştepta 2 ore pentru a obţine angajarea spontană (angajarea şi coborârea până în 1/3 medie a excavaţiei se va face spontan - fără ajutorul manevrelor (forceps, ventuză). Dacă au trecut 3 ore de la obţinerea dilataţiei complete şi capul nu se angajează - proba e negativă.

Uneori prezentaţia se angajează, dar se blochează la strâmtoarea mijlocie sau inferioară. Înainte de a decide aplicarea de forceps, ne vom asigura că nu e o bosă sero-sanguinolentă. În aceste situaţii, s-a propus „proba forcepsului", care este o aplicare de forceps în condiţii determinate şi precise în sala de operaţie.

Indicaţiile sunt distocia în excavaţie şi la strâmtoarea mijlocie.

Tehnica presupune mai multe soluţii:

- uneori, proba forcepsului este precedată de o perfuzie ocitocică;
- tipul de forceps cel mai utilizat este cel cu ramuri paralele.

Eşecul probei forcepsului impune operaţia cezariană.

Proba uterină sau a colului în prezentaţia pelvină

Proba uterină estimează progresia dilataţiei şi modul de angajare a prezentaţiei pelvine.

Această probă are un mare inconvenient după naşterea pelvisului: nu mai permite trecereea la calea înaltă (cezariană) fătul fiind blocat la strâmtoarea superioară (capul fetal).

Pentru reuşita aceestei probe se vor estima cât mai exact dinemensiunile bazinului, mărimea fătului, varietatea prezentaţiei (pelvina completă este mai favorabilă), fiind contraindicată la viciaţii minime de bazin sau feţi mari.

Pentru o evoluţie favorabilă, membranele vor ramâne intacte până la dilataţie commpletă, iar colul se va dilata spontan.

Dacă pelvisul este bine angajat , iar dilataţia progresează rapid, proba este pozitivă. Pelvisul neangajat asociat cu o dilataţie staţionară şi semne de suferinţă fetală desemnează o probă negativă care impune cezariana.

CAPITOLUL 7

DECLANŞAREA ARTIFICIALĂ A NAŞTERII

Elemente de fiziologie a naşterii

Naşterea spontană corespunde unei modificări a naturii şi intensităţii contracţiilor uterine la sfârşitul gestaţiei, însă până în prezent nu se poate formula un concept unitar care să înglobeze toţi factorii materno-fetali implicaţi în determinismul naşterii.

Diversele metode de declanşare artificială, fac apel la unele tehnici sau droguri care sunt cert implicate în declanşarea naşterii.

Astfel, excitarea mecanică a colului determină emiterea unui semnal pe căi vago-simpatice, sau prin eliberarea de pG sau ocitocină, care sunt implicate în determinismul travaliului. Un alt element important în reuşita declanşării naşterii este reprezentat de gradul de maturaţie al colului. Cu toate că acesta nu este un fenomen declanşator al naşterii, se consideră că maturaţia colului, datorată degradării colagenului, uşurează contracţiile uterine, fiind un element esenţial pentru realizarea dilatatiei.

Declanşarea medicamentoasă a naşterii se bazează pe proprietăţile unor substanţe de a provoca contracţii uterine sistematizate şi eficiente. Aceste substanţe se aplică gravidei la termen sau in preajma termenului în scopul maturării colului şi a inducerii contracţiilor uterine.

Utilizarea estrogenilor are la bază proprietăţile excitante asupra fibrei miometriale. De fapt, cu toate că estrogenii nu cresc semnificativ înainte de naştere, ei intervin în formarea joncţiunilor permeabile, sinteza proteinelor contractile, sinteză enzimatică, sinteza receptorilor pentru ocitocină cât şi în sinteza şi eliberarea pG. Dintre estrogeni se consideră că catecolestrogenii au rol în declanşarea naşterii.

Administrarea de estrogeni induce de asemeni o creştere a propriilor receptori şi a receptorilor pentru oxitocină. Aceste acţiuni asigură trecerea progresivă a miometrului de la starea de "predominenţă progesteronică" la o stare "estrogenică" favorabilă contracţiei.

Utilizarea ocitocinei în declanşarea artificială a naşterii se bazează pe proprietatea sa fundamentală de declanşare a contracţiilor uterine, stimulii eliberării de ocitocină fiind vaginul, colul, mamelonul, care explică metodele de declanşare prin stimularea mecanică a colului sau prin stimulare mamară. Sensibilitatea miometrului la ocitocină, creşte în apropierea datei probabile a naşterii, când creşte şi numărul receptorilor. La termen, sensibilitatea uterului la ocitocină este de 10 - 15 ori mai mare (ceea ce explică succesele în declanşare dacă sarcina este la termen).

Ocitocină are de asemeni capacitatea de a stimula pG. Concentraţiile sediilor celulare unde se află receptori la ocitocină, cresc după administrarea de estrogeni.

Utilizarea pG E_2 şi F_2 alfa în declanşarea naşterii se bazează pe proprietăţile acestora de a iniţia contracţii uterine, producţia lor fiind crescută la naştere.

De asemeni, pG induc formarea de joncţiuni permeabile participând şi la maturarea cervicală.

Producţia de prostaglandine este stimulată de ruperea membranelor (rolul amniotomiei în declanşare), sau stimularea polului inferior al oului (rolul mijloacelor mecanice).

Alte metode de declanşare ca decolarea polului inferior al oului sau injecţia intraamniotică, fac apel la intervenţia factorilor mecanici în declanşarea naşterii.

Aceste elemente de fiziologie a naşterii explică intervenţia unor metode în declanşarea artificială a naşterii.

DECLANŞARE ARTIFICIALĂ A NAŞTERII (DAN)

DAN reprezintă inducerea prin diverse metode a contracţiilor uterine, la o gravidă peste 24 săptămâni amenoree.

Indicaţiile declanşării artificiale ale naşterii

Cea mai veche indicaţie, naşterea prematură provocată în cazul viciaţiilor pelvine, este de domeniul istoricului, în prezent DAN are ca indicaţii:

- ruperea membranelor fără declanşarea spontană a naşterii

- sarcina depăşită cronologic (declanşare de oprtunitate)
- HTA maternă

Declanşarea prematură a naşterii se poate face în scop matern sau fetal.

- Indicaţiile materne sunt rare şi de o anumită relativitate, cuprinzând afecţiuni care pot prejudicia viaţa mamei: leucoze, cancer de sân, boli renale, cardiace sau pulmonare unde orice semn de agravare a bolii poate justifica declanşarea, deşi în aceste cazuri cezariana este considerată mai optimă. Alte indicaţii: psihoze severe, făt malformat (pentru starea psihică a mamei).
- Indicaţii fetale: membrane rupte prematur, boala hemolitică a noului-născut la multipare dacă sunt antecedente fetale grave şi titru mare de Ac, diabetul zaharat matern. Suferinţa fetală este o indicaţie istorică, în prezent această patologie rezolvându-se prin operaţie cezariană.

Declanşarea de oportunitate se aplică în cazul sarcinilor supramaturate (peste 42 săpt.). Cu toate că această indicaţie se regăseşte frecvent în toate statisticile, evaluarea clasică a duratei sarcinii duce la o supraestimare a frecvenţei sarcinilor prelungite, 70% dintre acestea fiind pe nedrept considerate astfel.

Naşterea la dată fixă este o indicaţie care s-a dezvoltat mult în ultimul timp, fiind vorba de dorinţa gravidei care cere să nască la o dată precisă (cu puţin înaintea DPN), pentru motive de ordin social, familial etc.

Această eventualitate oferă personalului medical posibilitatea unei supravegheri mai atente a parturientei. Acest concept (naştere la "rendez vous " sau declanşarea electivă , de convenienţă) nu mai este recomandat de Colegiul American al Obstetricienilor din 1999, întrucât acest procedeu a dus la creşterea numărului de cezariene mai ales la primipare.

Dintre aceste indicaţii, o parte şi-au pierdut semnificaţia, fiind înlocuite de operaţia cezariană (naşterea prematură provocată), de actualitate fiind DAN în caz de sarcină supra-maturată reală şi ruperea membranelor fără declanşarea naşterii.

În afară de ruperea prematură a membranelor, în toate celelalte cazuri, cel mai potrivit timp pentru declanşare este în apropierea DPN, când sunt îndeplinite condiţiile pentru o naştere în condiţii de maximă securitate pentru mamă şi făt.

Condiţiile DAN

Elementul esenţial este cunoaşterea exactă a vârstei gestaţionale şi a greutăţii fetale. Aceste date pot fi obţinute după UM, PMF, IFU la care se asociază examenul echografic, care permite efectuarea biometriei fetale, cât şi obţinerea de date referitoare la placentă, LA etc.

— Condiţii fetale - se referă la gradul de maturitate fetală. Acest criteriu, deosebit de important, se poate evalua printr-o serie de metode invazive sau noninvazive. Metodele invazive se referă la amnoicenteză şi studiul diverselor componente ale lichidului amniotic, care corespund unor funcţii fiziologice particulare a fătului.

Maturitatea pulmonară fetală, de care depinde dezvoltarea unui sindrom de detresă respiratorie postpartum, este cea mai importantă funcţie fetală. Aceasta este evaluată prin raportul lecitină/sfingomielină, care normal este peste 2. Dozarea creatininei, oferă informaţii asupra maturităţii aparatului renal, cât şi a volumului masei musculare fetale (normal peste 2 mg%).

Studiul citologic al LA, apreciază maturitatea cutanată (calculul procentului de celule organe, normal peste 15%).

În afara acestor explorări invazive, care prezintă unele riscuri (risc de declanşare a naşterii prin ruperea membranelor), metodele noninvazive fac apel la examenul echografic. Echografia precoce efectuată la 14 - 16 săptămâni aduce cele mai importante date asupra vârstei gestaţionale. Repetarea acestei examinări în apropierea DPN permite prin analiza unor parametri morfologici, estimarea vârstei gestaţionale şi implicit a gradului de maturitate fetală.

— Condiţii materne generale: absenţa distociilor, a suferinţei fetale, placenta praevia.

Alte contraindicaţii:

- macrosomia fetală , suferinţa fetală acută
- hidrocefalia
- prezentaţii distocice

Contraindicaţii materne:

- mare multipară
- bazine viciate
- herpes genital activ

Condiţiile locale sunt cele mai importante şi de valoarea acestora depinde reuşita metodei de declanşare. Acestea se referă la:

- starea colului (gradul de ştergere, de dilataţie, supleţe, orientarea acestuia);

- varietatea şi starea prezentaţiei: mobilă, angajată.

DAN este mult mai facilă, cu cât colul uterin este mai „copt", întredeschis, suplu, iar segmentul inferior este subţire, bine mulat pe prezentaţie.

Ideea de a cuantifica diferiţi factori care contribuie la declanşarea naşterii a dus la stabilirea unor scoruri de predicţie, care fac un prognostic al declanşării. Toate scorurile se aplică prezentaţiei craniene, cele mai simple fiind scorul Bishop (notat 1 -13) şi Burnett (0 -10).

Inducerea contracţiilor uterine se obţine mai uşor la cifre crescute ale scorurilor (peste 9).

Aceste scoruri de predicţie au însă o serie de elemente discutabile, fiindcă în afară de starea colului şi prezentaţiei, sunt şi alţi factori care intervin: paritate, vârsta sarcinii. Lipseşte apoi un echilibru între diferitele elemente ale scorurilor: astfel Friedman, a arătat că dilataţia colului are un rol mult mai important ca supleţea şi lungimea sa, renunţând la parametrul care desemnează poziţia colului.

Menţionăm însă că aceste scoruri de predicţie a DAN au numai o valoare orientativă, fără a prognostica cert reuşita metodei.

De remarcat că la orice DAN, vor fi atent monitorizate elementele binomului materno-fetal (contracţii uterine, RCF).

Metode de DAN

Cuprind două grupuri de procedee:

- nemedicamentoase;
- medicamentoase.

Metodele nemedicamentoase

Metodele nemedicamentoase sunt mijloace mecanice şi alte tehnici.

— Mijloacele mecanice acţionează asupra regiunii cervico-segmentare, inducerea contracţiilor uterine fiind atribuită reflexului neuro-hormonal utero-hipotalamic Ferguson, de eliberare a ocitocinei.

Aceste procedee, utilizate azi foarte rar, se pot aplica multiparelor, al căror col este suplu şi întredeschis.

Ca mijloace mecanice s-au utilizat:

- decolarea digitală a polului inferior al oului;
- bujiile, care sunt sonde de cauciuc care se introduc prin col (bujia Krause, sonda Trillat);
- balonetele (Champetier de Ribes, Boissard etc.) Bujiile şi balonetele au însă unele inconveniente, pe primul loc situându-se

infecţia datorită creării unei cavităţi închise. Alte complicaţii ale mijloacelor mecanice sunt: ruperea membranelor, procidenţa de cordon, distocii de col, rupturi de col.

- amniotomia este o metodă veche, care se asociază de multe ori cu perfuzia ocitocică.Ruperea artificială a membranelor are două efecte:un efect mecanic (permite un contact mai bun între col şi prezentaţie) şi un efect farmacologic(eliberarea de pG). Amniotomia se poate efectua la debutul naşterii sau al manevrelor de declanşare sau la 3- 4 cm dilataţie. Eficacitatea sa e certă. Amniotomia precoce (sub 6 cm) reduce durata travaliului. De remarcat că după ruperea membranelor, naşterea se va termina într-un interval de maxim 24 ore, datorită riscului septic. Alte complicaţii se referă la procidenţa de cordon, distocii de dinamică, suferinţă fetală. Inconvenientul major al metodei constă în ireversibilitatea sa, care în caz de eşec se va continua cu perfuzia ocitocică, sau administrarea de prostaglandine.
- alte tehnici nemedicamentoase:
  - stimularea mamară;
  - acupunctura;
  - stimularea prin curent electric a colului.

Metode medicamentoase

Declanşarea medicamentoasă a naşterii utilizează o serie de droguri, unele cu cert efect asupra contracţiilor uterine, altele considerate adjuvante. Dintre acestea, estrogenii administraţi în scopul pregătirii fibrei uterine la acţiunea ocitocinei, ar avea o acţiune discutabilă.

Utilitatea acestei metode este controversată, valorile ridicate ale estrogenilor de origine placentară din organismul gravidei la termen, pledând împotriva unei activităţi a acestora favorabilă declanşării travaliului.

Cei mai mulţi autori nu mai recomandă utilizarea estrogenilor decât în pregătirea declanşării naşterii din sarcinile supramaturate, unde existenţa unui grad de senescenţă placentară ar justifica utilizarea lor.

Droguri considerate a avea un efect în declanşarea naşterii: chinina, uleiul de ricin, metherginul, noradrenalina, sparteina.

Cel mai utilizat produs medicamentos pentru DAN este ocitocina, a cărei eficacitate este unanim recunoscută.

Oxitocina este un hormon natural cu 9 acizi aminaţi. El diferă de hormonul antidiuretic prin 2 aminoacizi.

Proprietăţi:

- efecte generale: apar la doze mari sub formă de hipotensiune, tahicardie urmată de hipertensiune, bradicardie, creşterea PVC şi un efect antidiuretic (risc de intoxicaţie cu apă)

- efecte pe uter: creşte intensitatea şi frecvenţa contracţiillor

- efecte fetale: hiperbilirubinemie neonatală în caz de travaliu prelungit cu bosă sero - sanguinolentă.

În timpul administrării perfuziei, activitatea uterină creşte progresiv timp de 20- 30 minute apoi rămâne constantă. Deci se va respecta un interval de 30 - 40 minute înainte de a creşte doza . Oprirea perfuziei induce o diminuare a efectelor fiind necesare 40 minute pentru a reveni la contractilitatea anterioară.

Contraindicaţii:

- disproporţie feto-pelvină
- obstacol praevia
- prezentaţie frontală, oblică
- multiparitate

Perfuzia de ocitocina în doză de 5 UI/500 ml ser glucozat 5% este formula clasică cea mai indicată, singurele sale contraindicaţii fiind prezentaţiile distocice, marile multi-pare, uterul cicatricial.

Perfuzia ocitocică are însă unele limite, administrarea sa făcându-se după testarea sensibilităţii. Ritmul perfuziei va fi între 5 - 3 0 pic/min., asociat cu o monitorizare a reactivităţii uterine şi a fătului. Pentru un debit mai exact, în prezent se utilizează pompa de perfuzie continuă.

Prostaglandinele (Pg). Sunt substanţe chimice care se sintetizează în ţesuturi şi organe, care acţionează asupra locului lor de formare, fără a fi transferate spre organe ţintă. în sensul strict al termenului, Pg nu sunt substanţe hormonale, nefiind sintetizate de glande endocrine şi nu acţionează asupra unui receptor specific.

Ele acţionează stimulând sau inhibând adenil-ciclaza membranară, inducând astfel variaţii ale nivelului de AMPc intracelular. Pg au capacitatea de a mobiliza calciul şi de a condiţiona migraţia unor ioni (Na) transmembranar, favorizând astfel contracţia muşchilor netezi.

Se cunosc 6 Pg primare: E_1, E_2, E_3, F_r-α, F_2-α, F_3-α, cât şi o serie de Pg secundare (care derivă unele din altele), pornind de la PgE.

Dintre Pg, cele care acţionează asupra uterului gravid sunt PgF, E_1 şi E_2, care cresc tonusul muscular, frecvenţa şi amplitudinea contracţiilor.

Administrarea de PgF şi E determină la nivelul uterului o vasoconstricţie care induce contracţia miometrului. Hipertonicitatea miometrială determină dezordini circulatorii placentare cu scăderea hCG şi a progesteronului. Reducerea nivelului de progesteron determină ridicarea blocajului progesteronic, miometrul devenind sensibil la acţiunea contracturantă a Pg, antrenând astfel apariţia contracţiilor uterine.

Pentru DAN se utilizează PgE_2 şi F_2-α.

Căile de administrare sunt:

- calea I.V. (doză de 0,4 - 0,5 mg de PgE_2). Rezultatele pozitive sunt în 90 - 100%;
- calea orală utilizează PgE_2 (un cp/oră sau la două ore). Efectul se obţine după 3 - 4 ore;
- calea vaginală utilizează cp. sau geluri, care au rol în maturarea canalului cervical. Se pot folosi cp. de PgE_2, sau o suspensie cu PgE_2 sau F_2-α.

Pg utilizate pentru maturaţia cervicală: pG E_2 (prostine). Misoprostolul (Cytotec) este o pG E_1 de sinteză care în afara efectului său de citoprotecţie gastrică are şi calitatea de a induce contracţii uterine şi maturarea colului. Riscul este de hiperstimulare uterină, Cytotecul nefiind autorizat de MSF din România pentru declanşarea travaliului şi maturaţia colului. Local, se poate utiliza injectarea la nivelul istmului a unei doze unice de 0,5 mg de PgE_2 sau 5 mg de PgF_2-α, obţinându-se o ameliorare a scorului Bishop.

- calea intrauterină extraamniotică utilizează o pompă de perfuzie continuă introdusă printr-un cateter între membrane şi segmentul inferior. Această tehnică dă rezultate pozitive în 90 - 100% cazuri, dar este incomodă pentru gravidă şi de aceea a fost înlocuită cu administrarea unei suspensii care se introduce local.

Efectele secundare ale Pg

Pg administrate pe cale I.V. sau orală determină apariţia de greţuri, vărsături, diaree, bufee de căldură, cefalee, vertij, tuse, dureri toracice.

Contraindicaţiile relative ale Pg sunt astmul bronşic şi epilepsia.

Toate procedeele de DAN au unele procentaje de eşec, de aceea în scopul obţinerii unui efect sigur se pot utiliza asocieri de diverse metode:

amniotomia şi perfuzia ocitocică, sau metode mecanice şi perfuzie ocitocică.

Pentru DAN se pot utiliza mai multe tentative cu metode medicamentoase, repetate la 24 - 48 ore, în condiţiile supravegherii atente a stării fătului, însă 20-25% din declanşări se termină printr-o cezariană.

CAPITOLUL 8

PREZENTAŢIA PELVINĂ

Definiţie

Prezentaţia pelvină este o prezentaţie longitudinală în care polul pelvin al fătului este în raport direct cu aria strâmtorii superioare.

Prezentaţia pelvină poate fi primitivă (păstrarea aşezării iniţiale a fătului în uter) sau secundară, rezultată în urma verticalizării unei prezentaţii oblice.

Frecvenţa este în jur de 4%.

Prezentaţia pelvină este considerată o prezentaţie eutocică, unde naşterea naturală este perfect posibilă, totuşi datorită unor distocii ce influenţează prognosticul fetal, ea este asociată de unii autori ca fiind la limita normal - patologic. Aceasta se produce prin doua eventualităţi:

- extensia braţelor şi deflexia capului
- retenţia capului fetal la nivelul strâmturii superioare sau a colului insuficient dilatat

Ameliorarea prognosticului în naşterea pelvină se datoreşte:

- unei schimbări a concepţiei, obstetricianul fiind judecat după calitatea produsului de concepţie;
- spiritul de echipă: neonatolog, anestezist;
- existenţa conceptului de naştere dirijată;
- locului important al operaţiei cezariene în prezentaţia pelvină.

Varietăţi

După atitudinea membrelor inferioare, se descriu două varietăţi:

- decompletă (modul feselor), când membrele inferioare sunt în atelă în faţa trunchiului (2/3 cazuri);
- completă, când gambele sunt flectate pe coapse şi coapsele pe bazin.

Varietăţi de poziţie

Reperul prezentaţiei este sacrul, iar în funcţie de reperele osoase ale bazinului se descriu: S.I.S.A., S.I.D.P., S.I.D.A., S.I.S.P. şi două varietăţi transverse. Cele mai frecvente sunt cele aflate pe diametrul oblic stâng.

Etiologie

Cuprinde toţi factorii care împiedică efectuarea culbutei. Normal, uterul prezintă o regiune mai mare, fundică şi una mai puţin încăpătoare (segmentul inferior). în primele 28 săptămâni partea cea mai voluminoasă este craniul fetal, iar în ultimul trimestru, partea cea mai voluminoasă devine pelvisul. Culbuta reprezintă schimbarea poziţiei fătului, datorită legii acomodării suprafeţelor (Pajot). Orice obstacol care perturbă culbuta, determină permanentizarea prezentaţiei pelvine.

Factorii care împiedică culbuta sunt:

A. factori materni:

- malformaţii uterine: hipoplazia uterină, uter cordi-form;
- tumori uterine sau anexiale (chist ovarian)
- multiparitatea;
- anomalii ale bazinului.

B. factori ovulari:

- placentă previa, cordon scurt, patologia L.A. (oligoamnios , hidramnios);
- exces de volum fetal, gemelaritatea;
- hidrocefalia, anencefalia.
- prematuritatea - reprezintă 40% din prezentaţiile pelvine

De multe ori în prezentaţia pelvina găsim una din cauzele enumerate, dar adesea nu se identifică nici o etiologie. Cele mai frecvente cauze sunt:

- prematuritatea
- hipotrofia fetală
- hipotonia uterină a multiparelor

Diagnostic clinic

Prezentaţia pelvină va fi diagnosticată in cursul lunii a VIII - a sau la intrarea in sala de naştere.

Interogatoriul poate releva o naştere în pelvină în antecedente, sau o jenă în hipocondrul drept.

Inspecţia arată un uter dezvoltat longitudinal. Uneori la primipare, uterul poate fi cilindric.

Palparea: la nivelul segmentului inferior se evidenţiază o formaţiune voluminoasă, depresibilă cu contur neregulat (pol pelvin), iar la fundul uterului o formaţiune dură, ovoidală, regulată, nedepresibilă (pol cefalic). Palparea spatelui fetal identifică santul gâtului la fundul uterului.

Ascultarea: BCF se aud paraombilical stâng sau drept.

Examenul local: EVD în timpul sarcinii arată un segment inferior rău format, prezentaţia greu de delimitat. La fundul uterului, capul fetal prezintă balotare. în timpul naşterii, se poate palpa creasta sacrată, pliul interfesier sau picioarele fătului. EVD in timpul naşterii - palpează două mase moi separate printr-un şanţ, mici părţi fetale (degete, organe genitale). Aceste elemente se pot palpa după ruperea membranelor.

Diagnosticul diferenţial se face cu:

- prezentaţia facială, unde reperul este mentonul;
- prezentaţia oblică dorso-anterioară cu prezenţa picioarelor în aria strâmtorii superioare;
- bosă sero - sanghinolentă
- sarcina gemelară: palparea a doi poli de aceiaşi fel;
- anencefalia, hidrocefalia.

Pentru precizarea diagnosticului un element util este echografia.

Mecanismul de naştere

Concepţiile clasice (Brindeau, Lantejoul) descriu trei mecanisme de naştere: a pelvisului, umerilor şi capului, fiecare din aceste naşteri având trei timpi. în principiu sunt 9 timpi, însă angajarea capului se face simultan cu degajarea umerilor, deci în realitate sunt 8 timpi. Obstetrica modernă apreciază nasterea pelvină ca un mobil care evoluează unitar (ca un tot) , această unicitate fiind capitală.

Diametrul principal al prezentaţiei este diametrul bitrohanterian (9,5 cm), iar punctul de reper este sacrumul.

- Angajarea pelvisului este precedată de o acomodare la strâmtoarea superioară, care comportă o reducere prin tasare: diametrul sacro-tibial de 12 cm (pelvină completă), ajunge la 9 cm, sau diametrul sacro-pubian ajunge la 6,5 cm. Diametrul bitrohanterian se plasează în unul din diametrele oblice (frec-

vent drept). Pelvisul traversează strâmtoarea superioară în sinclitism sau asinclitism (fesa posterioară coborând prima).

- Coborârea pelvisului se face în diametru oblic de angajare.
- Degajarea pelvisului presupune o rotaţie anterioară (diametrul bitrohanterian se plasează în diametrul antero-posterior al strâmtorii inferioare). Degajarea propriu-zisă se face în diametrul sacro-transvers, şoldul anterior degajându-se primul.
- Angajarea umerilor este precedată de o acomodare prin tasare la strâmtoarea superioară: reducerea diametrului biacromial, cât şi o rotaţie. Umerii se plasează în acelaşi diametru oblic ca pelvisul şi se angajează în asinclitism sau sinclitism.
- Coborârea umerilor se poate face fără rotaţie.
- Degajarea umerilor şi angajarea capului. Degajarea umerilor este precedată de rotaţia acestora: diametrul biacromial se plasează în diametrul antero-posterior al strâmtorii inferioare. Umărul anterior se va degaja primul. Angajarea capului este precedată de flexie şi rotaţie în diametrul oblic al strâmtorii superioare, perpendicular pe cel al umerilor.
- Coborârea capului se asociază cu o rotaţie anterioară intrapelvină. La exterior, această rotaţie se traduce prin rotaţia externă a umerilor, astfel că spatele fetal se orientează anterior.
- Degajarea capului: suboccipitul se fixează sub simfiză, având ca timp complementar accentuarea flexiei.

Concepţiile moderne diferă însă de cele clasice, în ceea ce priveşte naşterea umerilor şi a capului.

După Bracht, degajarea spontană a pelvisului este urmată de o inflexiune cu concavitatea în sus, care rulează pelvisul în jurul simfizei. Umerii se degajă spontan în diametrul transvers. Dacă pelvisul este susţinut şi nu cade între coapsele femeii, rotaţia trunchiului fetal în jurul simfizei continuă şi capul ultim se degajă fără ajutor.

Vermelin şi Ribon consideră că naşterea pelvisului se face fără dificultate. Degajarea umerilor se face în diametru transvers, existând o solidaritate între umeri şi cap. Capul solidar umerilor trece prin strâmtoarea superioară în diametru oblic, antrenând umerii în rotaţia sa în O.P.

Anomalii ale mecanismului de naştere

- ridicarea braţelor fătului deasupra capului sau la ceafă. Capul, acum, are tendinţa de a se bloca între cele două mâini, iar coborârea nu se poate face decât după extragerea braţelor.
- distocii ale capului ultim la strâmtoarea superioară când din cauza unei îngustări pelvine necunoscute se poate produce acroşajul mentonului la simfiză. Alte cauze pot fi deflexia completă sau incompletă a capului.
- în excavaţie capul poate fi reţinut de o distocie a strâmtorii mijlocii, un col insuficient dilatat sau o deflexie primitivă a capului.
- ruptura prematură a membranelor, travalii hipochinetice.

Deformaţii plastice

Deformaţii plastice ale capului sunt mai marcate în caz de oligoamnios sau uter malformat.

Deformările polului pelvin sunt determinate de atitudinea membrelor inferioare.

Factorii de risc în prezentația pelvină

Mortaliatea perinatală este mai mare decât în prezentaţia craniană datorită prematuritaţii şi frecvenţei malformaţiilor. Mortalitatea perinatală este de trei ori mai mare ca în prezentaţia craniană, iar morbiditatea de două ori mai mare.

Factori fetali

Prezentaţia pelvină reprezintă întotdeauna un factor de risc pentru făt, din mai multe considerente:

- fătul, progresând, se produce o refulare a sângelui spre cap, care poate explica unele complicaţii vasculare ale noului născut → traumatismul obstetrical :
- leziunile vasculare intracraniene de tip hemoragie cerebrală sau meningee sunt secundare hiperexpresiei cerebrale din expulzie , fiind favorizate de anoxie sau manevre
- leziunile nervoase si osoase :
  - leziuni bulbare si medulare cervicale (dupa tracţiunea pe cap ultim)

- paralizii de plex brahial (după tracţiuni asimetrice de coborâre a braţului)
- fracturi, luxaţii membre.

– compresia cordonului, mai ales în caz de cordon scurt;
– prematuritatea (un fat de 1500 g necesită cezariană) ;
– modul de prezentare: clasic, pelvină completă are un prognostic mai bun;
– atitudinea primitivă a capului fetal: deflexia primitivă a capului este un factor de prognostic rezervat;
– procidenţa de cordon, mai frecventă în pelvină completă.
– sarcina gemelară cu primul făt in pelvină.

Factori materni

– vârsta mamei, talia sub 1,55 m;
– primiparitatea, obezitatea;
– distociile patente ale bazinului osos.

Naşterea in prezentaţie pelvină e posibilă la un bazin matern normal clinic şi radiologic , cu făt sub 4000 g (3500) şi DBP sub 10 cm cu uter fără cicatrice sau malformaţii.

Conduita în timpul sarcinii

Prezentaţia pelvină este o prezentaţie longitudinală, care nu necesită o atitudine specială în timpul sarcinii. Totuşi, se va fixa un diagnostic cât mai corect: de prezentaţie, poziţie, viciaţii de bazin, boli asociate.

Radiopelvimetria sau echografia sunt obligatorii.

După fixarea diagnosticului, se pot lua în discuţie două maniere care evită naşterea naturală în pelvină:

– modificarea prezentaţiei se referă la versiunea externă care transformă prezentaţia pelvină în prezentaţie craniană. Această atitudine este eficace sub supraveghere echografică, aproape de o sală de operaţii cu precauţii :
  - nu se face pe uter cicatricial sau malformat, placenta anterioară sau praevia, circulară de cordon, sarcină gemelară
  - tratament cu beta mimetice
  - supraveghere RCF

Manevra se face la 35 - 36 saptămâni iar rata succesului e de 45 - 65% .

Rezultatul versiunii a scazut numărul de naşteri in pelvină cu 10 - 40%.

Accidente : morti fetale, HRP.

- evitarea naşterii naturale face apel la cezariana de principiu, care este recomandată de unele şcoli obstetricale (USA), după 36 săptămâni.

- Naşterea pe cale joasă

Conduita în perioada de dilatare a colului

În perioada de dilatare a colului, se vor supraveghea aceleaşi elemente ca şi în prezentaţia craniană: starea parturientei, starea fătului şi progresul naşterii.

La intrarea în sala de naşteri, se va face un nou bilanţ care va ţine seama de: vârstă, antecedente medico-chirurgicale şi obstétricale, starea bazinului osos şi moale, aprecierea volumului fetal, modul de prezentaţie, date oferite de examenul echografic.

Naşterea în prezentaţie pelvină are loc în prezenţa neonatologului şi a medicului anestezist.

Starea mamei se referă la supravegherea TA, puls, stare generală, comportamentul şi echilibrul psihic, combaterea durerii;

Starea fătului se apreciază prin aceiaşi parametri ca şi la prezentaţia craniană: RCF, mişcări active fetale. în prezentaţia pelvină aspectul L.A. nu are nici o semnificaţie;

Progresul naşterii va aprecia: dinamica uterină, dilatarea colului, starea membranelor şi mecanismul de naştere.

Dinamica uterină se va supraveghea foarte atent şi se va face corecţia tulburărilor de kinetică cu toată gama de antispastice, anestezice sau perfuzie ocitocică. Dirijarea naşterii este deosebit de importantă în prezentaţia pelvină, deoarece cu cât durata acestei perioade este mai mare, cu atât creşte morbiditatea fetală. Referitor la perfuzia ocitocică, părerile sunt divergente: unii autori (Ţovianov, Greenhill) nu indică o tratare specială a dinamicii utérine, motivând că pelvi-sul fetal ar avea timp pentru o acomodare cu regiunea cervi-co-segmentară, ceea ce ar fi favorabil mecanismului de naştere.

Autorii moderni indică variat medicaţia în dirijarea travaliului; astfel, unii recomandă sistematic perfuzia ocitocică (Pigeaud, Dellenbach), alţi au-

tori numai în expulzie, sau numai pentru corecţia hipochineziei (Lacomme, Le Lorier).

Şcoala ieşeană de obstetrică (V. Dobrovici), recomandă perfuzia ocitocică ori de câte ori este indicată (hipochinezie uterină), sau utilizarea sa la dilataţie foarte mare şi în expulzie, pentru a se evita accidentele fetale pe cap ultim, aceasta fiind o condiţie pentru o bună degajare pelvină, menţinând solidaritatea capului şi a umerilor.

Dilatarea colului se supraveghează clinic prin EVV sau EVD (efectuat la un interval de 2 - 3 ore).

Dilatarea colului reprezintă un element cheie în evoluţia naşterii, calitatea dilataţiei permiţând formularea unui prognostic asupra naşterii.

Cu toate că în prezentaţia pelvină nu se poate discuta despre o probă de naştere (noţiunea fiind rezervată prezentaţiei craniene), modul de angajare al pelvisului şi calitatea dilataţiei colului, sunt elemente care definesc „proba uterină" sau „proba colului".

O probă pozitivă presupune contracţii uterine de calitate asociate cu o dilatare normală a colului şi o coborâre uşoară a prezentaţiei în excavaţie. Această probă se va încerca numai în caz de viciatie moderată a bazinului, mai ales când diametrele strâmtorii superioare nu sunt micşorate cu mai mult de 1 cm, proba fiind contraindicată în bazinele cu diminuare simultană a diametrului antero-posterior şi transversal al strâmtorii superioare sau în bazinele în pâlnie.

Majoritatea autorilor proscriu dirijarea farmacodinamică a acestei probe, dilataţia urmând să se desfăşoare spontan.

Proba este negativă, când pelvisul nu se angajează, dilataţia este staţionară, sau apar semne de suferinţă fetală.

Durata perioadei de dilataţie este foarte importantă: cu cât aceasta va depăşi 12 ore, cu atât morbiditatea fetală creşte.

Starea membranelor

Spre deosebire de prezentaţia craniană, în prezentaţia pelvină membranele se rup artificial la dilataţie completă. După ruperea membranelor, se impune un examen digital pentru verificarea prezentaţiei şi stabilirea relaţiilor cu strâmtoarea superioară.

Progresul naşterii se apreciază prin EVD, constatând angajarea, rotaţia internă şi coborârea parţială a pelvisului fetal. Aceste deziderate fiind îndeplinite (alături de o dilataţie corespunzătoare), sunt îndeplinite condiţiile unei probe de naştere pozitive, care autorizează naşterea naturală.

Asistența la naştere

Starea mamei se va continua monitorizarea clinică a parturientei: TA, puls, intensitatea durerii, comportament. Pentru combaterea durerii se pot continua o serie de metode de analgezie din prima perioadă: anestezia peridurală, inha-latorie sau locală.

Starea fătului se apreciază prin supravegherea RCF.

Progresul naşterii cuprinde aceleaşi elemente ca şi la prezentaţia craniană: eforturile expulzive, modificările plastice ale perineului, mecanismul de naştere.

Asistenţa de naştere presupune: toaleta perineală, crearea unui câmp, pregătirea medicului (asistenţa la naştere în prezentaţia pelvină se va efectua numai de către medic), pregătirea instrumentarului:

- măsuţa ajutătoare se aşează lateral de parturienta pentru a nu jena manevrele care se fac asupra fătului;
- trusă cordon, trusă perineu, seringă cu antispastice pentru cap ultim;
- forcepsul montat;
- pentru o bună priză asupra fătului se pot utiliza mănuşi de aţă;
- montarea unei perfuzii ocitocice care previne pauzele contractile, nefavorabile expulziei;
- administrarea de oxigen mamei;
- perineotomia profilactică la degajarea feselor.

Asistenţa naşterii în prezentaţia pelvină presupune foarte multă răbdare din partea celui care asistă naşterea şi evitarea măsurilor intempestive.

Naşterea are loc în prezenţa neonatologului şi a medicului anestezist.

Asupra conduitei de urmat propriu-zise, sunt multe atitudini:

- naşterea spontană , unde fătul se naşte fără nici un ajutor, numai prin forţele expulzive ale mamei. Metoda este recomandată din 1947 de către Vermelin şi Ribon ca atare, sau modificată de Bums şi Marshall, care lasă fătul să atârne 2 - 3 minute pentru a angaja capul, apoi fac tracţiuni asupra picioarelor.

Această metodă respectă la maxim mecanismul de naştere.

- expulzia ajutată se referă la aplicarea metodelor Ţovianov şi Bracht.

Această metodă se asociază cu anestezia locală perineală, episiotomie sistematică, apăsarea transabdominală a capului, perfuzie ocitocică.

- mica extracţie se deosebeşte de clasica „mică extracţie" de salvare impusă de o cauză de urgenţă. Termenul mai exact este de „extracţie pelvină parţială" (Greenhill) şi constă în degajarea spontană a pelvisului până la ombilic şi ajutor sistematic pentru naşterea umerilor şi a capului.
- marea extracţie se poate utiliza sistematic, sau excepţional ca o necesitate;
- alţi autori (Pigeaud) recomandă ventuza obstetricală pe fesa anterioară în pelvină decompletă.

Faţă de aceste multiple atitudini, practicianul are de ales pe cea mai puţin traumatizantă pentru mamă şi făt, cu menţiunea că profesionalismul obstetricianului este mai important decât metoda aleasă.

Astăzi, majoritatea şcolilor obstétricale aplică o atitudine medie, de expulzie ajutată (Ţovianov, Bracht), sau ajutor manual pentru braţe şi cap ultim, care de fapt ajută evoluţia normală a naşterii.

Naşterea în prezentaţia pelvină se poate împărţi în trei perioade:

- naşterea până la unghiul inferior al omoplaţilor;
- naşterea braţelor;
- naşterea capului din urmă.

Naşterea până la unghiul inferior al omoplaţilor

Se va face spontan numai sub influenţa contracţiilor utérine. La degajarea fesei posterioare, se va efectua episiotomia.

În această perioadă, medicul va supraveghea mecanismul de naştere: rotaţia anterioară a spatelui fetal, atitudinea fiind de expectativă. Nu se va atinge fătul fiindcă prinderea acestuia cât şi modificările de temperatură, declanşează mişcări respiratorii şi inhalare de LA.

La apariţia inserţiei abdominale a cordonului, se tracţionează uşor de acesta (ansa de cordon). în caz de pelvină completă, se poate susţine fătul.

Naşterea braţelor şi a capului

După expulzia spontană a fătului până la unghiul inferior al omoplaţilor se va acorda un ajutor în evoluţia naşterii prin manevra Bracht. Această tehnică a fost expusă de autor la Congresul Internaţional de ginecologie de la Amsterdam în 1938. Principiul acestei tehnici este un nou mecanism de naştere, descris de Bracht, deosebit de cel clasic: trunchiul fetal se naşte cu spatele înainte incurbându-se în jurul simfizei materne, umerii se nasc în

diametrul transvers al strâmtorii inferioare, iar capul se angajează şi se degajă în diametrul antero-posterior.

Metoda Bracht ajută acest mecanism de naştere.

Tehnică: în momentul apariţiei omoplaţilor, se apucă pelvisul cu ambele mâini, aplicând policele pe coapse şi celelalte degete pe sacru (coapsele fiind flectate pe abdomen) ceea ce desemnează priza Bracht, şi se pivotează fătul în jurul simfizei materne, în timp ce un ajutor apasă craniul transabdominal. Umerii şi braţele se degajă succesiv în diametrul transvers al strâmtorii inferioare, iar capul prin deflectare.

O variantă a acestei metode este metoda Neuveiller, unde tracţiunea asupra fătului se face de membrele inferioare. Şi în această metodă, se practică incurbarea fătului în jurul simfizei.

Metoda Ţovianov (varianta Bracht) se bazează pe menţinerea flexiei capului prin atela membrelor inferioare, fiind aplicată pelvinei decomplete.

După degajarea spontană până la vârful omoplaţilor, se menţin în atelă membrele inferioare fetale cu mâinile aşezate în cerc în jurul pelvisului fetal, iar capul este degajat prin incurbarea fătului în jurul simfizei materne.

În caz că manevra Bracht nu reuşeşte (deflexiune primitivă a capului fetal, hipochinezie uterina, făt mare, pierderea flexiei corpului) şi expulzia se prelungeşte, se trece la degajarea pelvină clasică - degajarea umerilor şi degajarea capului prin manevra Moriceau-Smellie-Veit.

Degajarea umerilor prin metoda Müller: manevra degajă întâi umărul anterior. Se introduce mâna cu policele sprijinit în axilă şi se face flexia braţului, apăsând în plica cotului cu indexul şi mediusul. Apoi se cuprinde fătul cu ambele mâini de regiunea toracică (se cuprinde şi braţul extras) şi se rotează cu 180° în planul lui ventral, transformând umărul posterior în anterior. Braţul posterior se degajă spontan, sau este extras ca mai sus.

Metoda Pajot degajă întâi umărul posterior, introducând mână în concavitatea sacrată. Apoi se rotează fătul cu 180°, transformând braţul anterior în posterior, care se degajă la fel.

Metoda Löveset: după degajarea spontană până la vârful omoplaţilor, se apucă fătul cu ambele mâini (degetele pe coapse şi policele de sacru) şi se tracţionează în jos rotind fătul în sensul lui ventral, umărul posterior devenind lateral apoi anterior şi degajarea se produce spontan. Pentru celălalt braţ, se rotează din nou fătul în sens opus până ce umărul posterior ajunge anterior şi se degajă spontan.

Degajarea capului prin metoda Moriceau. Această metodă va reproduce mecanismul de naştere: orientare, flexie, coborâre, rotaţie, degajare.

Tehnică: se aşează fătul călare pe antebraţul operatorului, care introduce unul sau două degete la baza limbii, practicându-se o presiune pentru flexia capului. Cealaltă mână se aşează pe gâtul fetal, cu indexul şi mediusul în cârlig, cu vârful degetelor în fosele supraclaviculare. Manevra se execută astfel: se face flexia şi orientarea capului în diametru oblic, rotaţia anterioară, angajarea şi coborârea capului, iar când occiputul a ajuns la simfiză, se ridică fătul pe antebraţ, orizontal şi în sus, degajând capul.

Variante:

- metoda WIEGAUD-MARTIN: tracţiunea nu se mai face de gâtul fetal, ci se apasă suprasimfizar în timp ce mâna vaginală tracţionează craniul;
- metoda KIWISCH (manevra de la Praga), face tracţiuni asupra fătului prins de ambele gambe cu o mână, iar cu cealaltă în cârlig cu sprijin în fosele supraclaviculare.

Atitudinea în perioada de delivrare

Nu diferă de atitudinea din prezentaţia craniană. Se vor supraveghea:

- starea parturientei: TA, puls, prezenţa hemoragiei (care impune extracţie manuală a placentei);
- starea noului-născut: se vor urmări aceiaşi parametri ca şi la prezentaţia craniană;
- progresul naşterii: expulzia placentei.

Dirijarea medicamentoasă a perioadei a lll-a se referă la menţinerea perfuziei ocitocice, sau administrarea unui uterotonic după degajarea capului (cu toate că metoda este contestată fiindcă generează retenţii placentare).

Considerații de principiu asupra naşterii în prezentația pelvină

În afara operaţiei cezariene, care se practică de principiu de unele şcoli obstétricale, sunt situaţii când practicianul este obligat să asiste naşterea pe căi naturale, ceea ce presupune o cunoaştere precisă a mecanismului de naştere şi a unor manevre obstétricale.

O consecinţă a tendinţei actuale de a rezolva naşterea în pelvină prin operaţie cezariană este lipsa de experienţă a tinerilor specialişti, care de multe ori sunt timoraţi de asistenţa pe căi naturale a unei prezentaţii pelvine. Aceasta presupune însă o cunoaştere riguroasă a noţiunilor teoretice, cât şi exersarea diverselor metode pe manechin.

În ultimă instanţă, nu contează atât denumirile proprii ale diverselor tehnici, cât capacitatea de a rezolva toate problemele ridicate de naşterea în prezentaţia pelvină.

Unele manevre sunt anacronice, având doar interes istoric. De aceea, se impun câteva reguli:

- tracţiunea pe făt se face numai de părţile lui osoase (gambe, coapse, pelvis), în axul bazinului (în jos);
- rotaţia se face în axul bazinului, aducând spatele fetal anterior excavaţiei sacrate, care oferă mai mult spaţiu;
- dacă braţul anterior are tendinţa de a se degaja, această va fi coborât primul;
- forcepsul pe cap ultim, este în principiu mai puţin traumatizat decât unele manevre;
- marea extracţie este de principiu proscrisă fiind înlocuită cu operaţia cezariană (o indicaţie care se păstrează este al doilea făt în gemelară).

Conduita în naşterea distocică

Uneori, după un debut favorabil, apar anomalii şi dificultăţi în perioada de dilatare sau în expulzie.

Distocii în perioada de dilataţie apar ca tulburări de dinamică primitive sau secundare după ruperea membranelor. Aceasta determină o progresie lentă a prezentaţiei sau stagnarea dilataţiei cu edem de col. Se va reevalua cazul, şi după o scurtă probă a colului, se indică operaţia cezariană.

- prolabarea de cordon este o complicaţie care dă mortalitate fetală în 20 - 30%. Conduita depinde de trei factori: stadiul dilataţiei, situaţia pelvisului, paritate. înainte de dilataţie completă, se practică cezariana, iar la dilataţie completă se poate practica marea extracţie.
- hiperextensia capului indică cezariană
- oprirea progresiei - mica extractie pelvis

Distocii în perioada de expulzie:

- ridicarea braţelor: se face întâi degajarea braţului posterior, apoi rotaţia fătului şi degajarea celuilalt braţ;(Löveset)
- blocarea capului ultim: după epuizarea manevrelor de degajare (Champetier de Ribes , Mauriceau, Zavanelli), se aplică forceps.

Operația cezariană în prezentația pelvină

Indicaţii materne :

- anomalii , chiar minime de bazin;
- obstacole praevia;
- obezitatea (creşte riscul de 3 ori);
- primipare

Indicaţii ovulare:

- placenta praevia;
- hidramnios;
- ruptura prematură de membrane;

Indicaţii fetale:

- hipotrofia cu suferinţa fetală cronică;
- deflexiunea prematură a capului
- fătul peste 4000 gr.;
- gemelara cu primul făt in pelvină;
- prematuritatea (peste 32 săpt. si 1500 gr.)
- pelvina completa (datorita riscului de procidenţă de cordon).

Cu toate că mulţi autori pledează pentru o cezariană sistematică în prezentaţia pelvină , FIGO defineşte factorii de risc care impun obligatoriu intervenţia:

- făt mare (peste 3500 gr.);
- suferinţa fetală
- bazin distocic
- procidenţă cordon, picior
- patologie asociată
- travaliu staţionar

Prognostic

Matern este bun, dar pot apare unele complicaţii: rupturi de părţi moi, complicaţii septice.

Fetal: mortalitatea şi morbiditatea fetală sunt mai ridicate ca în prezentaţia craniană şi au două cauze principale: anoxia şi traumatismul fetal. Aceste cauze antrenează mai multe tipuri de leziuni:

- vasculare: hemoragii cerebrale;
- medulare provocate de manevre brutale (elongaţii, rupturi meningeale);
- viscerale interesând ficatul, splina, rinichii;

Unele manevre (Moriceau), incorect executate, pot determina paralizie tip Duchesne-Erb de tip superior (C_5 - C_6). Mai rar, paralizia interesează muşchii radiali şi extensori (C_7) sau muşchii mâinii (tip inferior Cs - D1). Evoluţia lor este incertă şi depinde de mecanismul de producere: hematom sau leziune nervoasă directă.

- osoase:
  - fracturi de claviculă, humerus;
  - luxaţia umărului, decolări epifizare, luxaţie de femur. Prognosticul fetal este influenţat de patru elemente:
- timpul scurs de la ruperea membranelor;
- durata dilatatiei;
- durata expulziei;
- modalitatea de terminare a naşterii.

Prognosticul îndepărtat al noului născut este bun cu toate că morbiditatea neurologică şi psihică este mai ridicată.

Marea şi mica extracție

Marea extracţie

Definiţie. Marea extracţie este intervenţia obstetricală prin care se extrag succesiv pelvisul, trunchiul, umerii şi capul fetal, pelvisul fiind la strâmtoarea superioară mobil sau cel mult fixat, în situaţia în care naşterea trebuie rapid terminată, sau ca ultim timp al versiunii interne.

Principiu. Marea extracţie execută artificial mecanismul de naştere, executând tracţiune pe unul sau ambele picioare. → aceasta manevră nu este recomandată de FIGO pentru fătul unic la termen, ci doar pentru al II-lea făt.

Fiziopatologie - vezi versiunea internă.

Date anatomice, asupra bazinului osos, moale şi a mobilului fetal (vezi bazinul osos şi moale).

Indicaţii. Singura indicaţie acceptată azi este cel de-al doilea făt din sarcina gemelară, cu sau fără versiune prealabilă.

Alte indicaţii care nu mai sunt de actualitate se refereau la:

- profilaxia efortului expulziv în caz de boli cardiace,TBC, diabet zaharat etc;
- embolie, eclamsie, şoc matern;
- procidenţă de cordon, suferinţă fetală.

Alte indicaţii sunt înlocuite azi de operaţia cezariană.

Condiţii

- făt viu, viabil, de volum mediu sau mai mic;
- canal dur şi moale normal;
- anestezie profundă.

Contraindicaţiile rezultă din nerespectarea condiţiilor, la care se adaugă:

- uterul cicatricial, primipare în vârstă;
- deflexiunea primitivă a capului fetal.

Pregătirea preoperatorie - idem ca la versiunea internă.

Anestezia: generală, profundă.

Verificarea diagnosticului, a permeabilităţii canalului pelvi-genital, ascultaţia BCF.

Tehnica cuprinde trei timpi: extracţia pelvisului, a umerilor şi a capului.

— Extracţia pelvisului: prinderea şi apucarea piciorului: mâna introdusă este omonimă spatelui fetal, cealaltă mână fixând fundul uterului; prinderea piciorului bun (vezi diagnosticul de picior şi de picior bun de la versiune internă). Dacă se extrage piciorul posterior, fie se face o tracţiune cât mai posterioară, sau se roteaza fătul cu 180° pentru a evita blocarea şoldului anterior la simfiză.

Piciorul extras este utilizat drept tractor, în continuare tehnica este aceeaşi ca la versiunea internă.

Îngrijiri ale noului născut

Delivrare manuală, controlul cavităţii uterine şi a părţilor moi, epiziorafie.

Dificultăţi de tehnică: ridicarea braţelor, blocarea capului - vezi prezentaţia pelvină.

Complicaţii, prognostic - vezi prezentaţia pelvină.

Mica extracţie

Este operaţia obstetricală manuală, prin care se extrage fătul în prezentaţie pelvină, pelvisul fiind parţial coborât sau parţial degajat.

Principiu. Intervenţia imită mecanismul de naştere al umerilor şi a capului ultim.

Fiziopatologie, date anatomice - vezi versiunea internă.

Indicaţii: expulzia lentă cu oprirea progresiei sau tendinţa spatelui fetal de a rota posterior.

Condiţii, contraindicaţii - vezi marea extracţie.

Pregătirea preoperatorie

Verificarea prezentaţiei, canalului genital, BCF.

Tehnică: în pelvină decompletă, priza se face pe regiunea inghinală, sau tracţiunea de un picior în pelvină completă.

În pelvină decompletă: se introduce mâna corespunzătoare coapsei anterioare, se agaţă plică inghinală cu indexul în croşet şi se tracţionează în jos. Cu mâna cealaltă se ajută tracţiunea prinzând de la articulaţia pumnului mâna tractor. După ce coapsa anterioară a ajuns sub simfiză, se schimbă tracţiunea în sus, până la degajarea coapsei posterioare, care poate fi ajutată prin aceeaşi manevră.

În pelvină completă: se introduce mâna corespunzătoare coapsei anterioare în excavaţie şi se apucă piciorul anterior tracţionând în jos până la degajarea coapsei şi fesei anterioare, apoi se schimbă tracţiunea în sus pentru degajarea coapsei şi fesei posterioare.

În varietatea decompletă, dacă manevra este dificilă, se recomandă împingerea în sus a pelvisului fetal, apoi se apucă un picior de care se face tracţiunea. Urmează manevrele pentru umăr şi cap.

Dificultăţile de tehnică, îngrijiri postoperatorii, complicaţiile şi prognosticul sunt aceleaşi ca pentru prezentaţia pelvină.

Aplicaţia de forceps pe cap ultim

Se poate utiliza un forceps cu braţe paralele. Lingurile se plasează de o parte şi alta a capului fetal, ridicând de membrele inferioare fătul în sus, care se menţine aşa pe tot timpul manevrei (lingurile se plasează pe sub făt). Tracţiunea se face iniţial în jos, apoi în sus până la degajarea capului.

CAPITOLUL 9

PREZENTAŢIA TRANSVERSĂ

Prezentaţia transversă este prezentaţia unde marea axă a fătului perpendiculară pe axa bazinului. Aria strâmtorii superioare este ocupată de umărul, spatele sau abdomenul fetal, iar capul este într-o fosă iliacă.

Aceasta este o prezentaţie distocică unde naşterea naturală a unui făt cu o greutate normală, este imposibilă.

Fătul poate fi aşezat transversal sau oblic. Prezentaţia este o prezentaţie care apare în cursul sarcinii, iar cea oblică se constituie in timpul naşterii.

Frecvenţa este de 0,25 - 0,5 %.

Etiologie : tot ceea ce creează un exces de mobilitate a fătului sau care împiedică rotaţia sa , pot fi cauze ale prezentaţiei oblice.

Inadaptarea fătului la cavitatea uterină poate fi constantă şi ireductibilă sau accidentală.

Prezentaţia transversă primitivă apare in caz de :

- malformaţii uterine (uter cordiform);
- fibrom uterin;
- bazin îngustat;
- tumori praevia;
- cordon scurt;

Prezentaţia transversă accidentală:

- multiparitat;
- hidramnios;
- feţi mici: prematuri, hipotrofici, sarcină multiplă.

Clasificare :

Reperul prezentaţiei este acromionul.

Prezentaţiile dorso - anterioare sunt mai frecvente:

- AISA : acromio iliacă stângă anterioară
- AIDA : acromio iliacă dreaptă anterioară

Prezentaţiile dorso - posterioare sunt:

- AISP : acromio iliacă stângă posterioară
- AIDP : acromio iliacă dreaptă posterioară

După poziţia umărului şi a spatelui sunt :

- umăr stâng - spate anterior sau posterior;
- umăr drept - spate posterior sau anterior.

Diagnostic

În timpul sarcinii :

- inspecţie : uterul cu marele ax transversal sau oblic.
- palpare: excavaţia pelvină goală. Polii fetali palpaţi lateral. Capul fetal realizează balotarea , iar opus pelvisul fetal.
- la EVD : excavaţia este goală , prezentaţia este înaltă.
- BCF : paraombilical.

În timpul naşterii: la membrane intacte, EVD nu oferă informaţii suplimentare faţă de examenul obstetrical. După ruperea membranelor se pot palpa:

- acromionul;
- axila;
- grilajul costal;
- un membru superior: uneori membrul superior prolabeaza prin col în vagin, este edematiat, cianozat. Aceasta este o prezentaţie transversă neglijată.

Aceste date clinice sunt completate de examenul echografic care poate identifica uneori şi cauza (tumori uterine, placenta praevia)

Prezentaţia transversă neglijată: pentru a se realiza această formă sunt necesare trei condiţii: naşterea în evoluţie, membrane rupte, colul întredeschis.

După ruperea membranelor, frecvent apare procidenţa de cordon. Dilataţia este lentă cu tulburări de dinamică. Colul se edematiază, segmentul inferior e rău format.

După ruperea membranelor, uterul se mulează pe prezentaţie şi apare iminenţa de ruptură uterină.

Complicaţiile sunt moartea fetală şi ruptura uterină.

Ruptura uterină poate surveni spontan în cursul unei manevre.

Conduita :

- în timpul sarcinii - versiune externă expectativă

- în timpul naşterii : în caz de membrane rupte cezariana e singura soluţie. Dacă uterul este retractat şi fătul mort - cezariana.

Tehnica cezarienei e cea clasică dar se va prefera incizia mediană subombilicală şi histerotomia segmento-corporeală, urmată de extracţia fătului în pelvină.

Dacă membranele sunt intacte - cezariana. Alte alternative sunt versiunea externă sub perfuzie cu beta mimetice sau analgezie peridurală. Versiunea internă urmată de marea extracţie se poate practica de persoane bine calificate, în anumite condiţii (vezi versiunea).

În caz de prezentaţie transversă a celui de al doilea făt dintr+o sarcină gemelară, atitudinea este tot versiunea internă urmată de marea extracţie sau efectuarea cezarienei.

În caz de făt mort, embriotomia nu se mai execută, conduita fiind tot cezariana.

CAPITOLUL 10

PREZENTAŢII CRANIENE DEFLECTATE

Spre deosebire de prezentaţia occipitală, unde capul este bine flectat pe trunchi, prezentaţiile facială, frontală şi bregmatică sunt prezentaţii deflectate fie parţial (bregmatică) fie total (facială).

Prezentaţiile deflectate sunt urmarea unei acomodari imperfecte feto - pelvine care se datoreşte unui :

- bazin aplatizat , uter aton, uter supradestins
- tumoră praevia, circulară de cordon
- malformaţii fetale: guşă, chist brahial, teratom

Practica obstetricală arată că diagnosticul de prezentaţie cefalică deflectată e pus tardiv, la o dilataţie mare (completă). Dacă pentru prezentaţia facială si bregmatică se poate autoriza naşterea naturală, prezentaţia frontală necesită cezariană.

În unele cazuri când diagnosticul e pus mai devreme se acceptă expectativa (o prezentaţie bregmatică se poate flecta într-o prezentaţie occipitală).

Prezentația frontală

Prezentaţia cefalică parţial deflectată (frontală) este cea mai distocică dintre prezentaţiile cefalice. Prezentaţia se constituie de regulă la debutul naşterii.

Frecvenţa este de aproximativ 1‰ din naşteri.

Varietăţi de poziţie. Punctul de reper este nasul (N) şi în funcţie de raportul său cu reperele pelvine, se descriu: N.I.S.A., N.I.D.P., N.I.D.A., N.I.S.P., N.I.T. dreaptă şi stângă.

Diagnosticul în timpul sarcinii este dificil, chiar imposibil.

Inspecţia arată un uter dezvoltat longitudinal. La palpare, capul fetal este sus situat iar occiputul se poate palpa palpând şanţul gâtului. Opus, se poate percepe mentonul.

Ascultarea relevă B.C.F. subombilical.

Examenul local efectuat pe un col închis nu oferă informaţii.

Diagnosticul în timpul naşterii

Acum, examenul vaginal este capital, mai ales la o dilataţie de 5 - 6 cm după ruperea membranelor. Se poate palpa nasul fetal (care niciodată nu suferă modificări plastice), marea fontanelă, fosetele orbitare şi globii oculari, dar niciodată nu se va palpa mentonul , nici mica fontanelă.

În funcţie de orientarea narinelor se poate preciza varietatea de poziţie.

Diagnosticul diferenţial se face cu: prezentaţia facială (unde se palpează mentonul), prezentaţia pelvină.

Etiologie

În principiu prezentaţia frontală este un accident imprevizibil până la debutul naşterii, citindu-se o serie de factori care jenează acomodarea feto-pelvină: bazin plat, polihidramnios, multiparitate, dolicocefalia.

Mecanism de naştere

Naşterea pe căi naturale a unui făt cu greutate normală este imposibilă în prezentaţia frontală. Fătul se prezintă la strîmtoarea superioară cu diametrul sincipito mentonier de 13 - 13,5 cm mai mare decât toate diametrele bazinului, deci angajarea este imposibilă. Se poate descrie însă un mecanism de naştere pentru feţii mici, prematuri sau în sarcina gemelară (sub 2000 gr.).

— Angajarea se face într-un diametru oblic sau transvers cu diametrul occipito-mentonier (13 cm). Angajarea se face cu un modelaj al capului, este o angajare în forţă care egalizează conturul capului, obligând la deschiderea gurii şi retropulsia maxilarului inferior. Apare precoce o bosă sero - sanguinolentă.

— Coborârea şi rotaţia este lentă şi dificilă, aducând prezentaţia în poziţie nazo-pubiană. Dacă rotaţia se produce posterior, maxilarul superior blochează capul la simfiză.

— Degajarea implică o succesiune de mişcări de flexie şi deflexie (este o degajare în sacrată), punctul fix fiind maxilarul superior.

Derularea travaliului este dificilă, penibilă cu hiperki-nezie şi hipertonie, membranele se rup precoce. Capul fetal suferă deformaţii plastice (craniul în „vizieră" cu o mare bosă).

Complicaţiile sunt regula:

- anclavarea (blocarea capului sub strâmtoarea superioară);
- ruptura uterina;
- suferinţa fetală acută (moartea fătului);
- hemoragii de delivrare.

Prognosticul matern şi fetal este bun, cu condiţia recunoaşterii prezentaţiei şi a efectuării operaţiei cezariene. în celelalte situaţii, prognosticul este foarte rezervat.

Conduita. Diagnosticul de prezentaţie frontală are o singură sancţiune: operaţie cezariană. Orice alt gest terapeutic este contraindicat (tentativa de flecta sau deflecta capul fetal).

Prezentația bregmatică

Este o prezentaţie moderat deflectată, marea fontanela ocupând centrul excavaţiei.

Diagnosticul în cursul sarcinii este de multe ori imposibil. După dilatarea colului, în afara marii fontanele, care poate fi mascată de o bosă, se poate palpa rădăcina nasului, dar niciodată maxilarul inferior. Riscurile materne şi fetale sunt aceleaşi ca în prezentaţia frontală şi atitudinea cea mai rezonabilă rămâne cezariana, dar uneori naşterea naturală este posibilă.

Angajarea se face într-un diametru oblic sau transvers cu diametrul occipito-nazal. Nu are loc nici un timp asociat, deci capul va suferi un modelaj, rezultând o egalizare a conturilor. Coborârea şi rotaţia sunt laborioase iar degajarea se face în nazo-pubiană, iniţial printr-o flexie apoi deflexie. Capul suferă o deformaţie plastică „în turn". Evoluţia poate fi :

- defavorabilă când prezentaţia se anclavează
- favorabilă

Acum expulzia este prelungită şi de multe ori necesită aplicare forceps (40%).

Conduită - uneori se poate efectua o probă de naştere. în unele cazuri diagnosticul de prezentaţie bregmatică este retrospectiv, după deformaţiile caracteristice ale capului fetal.

Prezentația facială

Este prezentaţia cefalică unde capul se află în deflexie maximă, astfel că occiputul ia contact cu spatele fetal, iar partea fetală care se angajea-

ză şi coboară prima, este faţa fătului şi mentonul, care reprezintă punctul de reper al prezentaţiei (M).

Această deflexie nu este localizată numai la cap; întreg corpul fătului participă la această atitudine, coloana lombară fiind în lordoză puternică iar atitudinea persistă şi după naştere.

În această prezentaţie, diametrele de angajare sunt moderate: submento-bregmatic (9,5 cm) şi bimalar (9 cm).

Etiologie - poziţie originală în extensie a fătului. Normal, embrionul este flectat din primele stadii. Uneori (ca în prezentaţia facială) atitudinea originală este modificată. Această atitudine primitivă poate fi diagnosticată prin examen radiologie (echo) în cursul evoluţiei sarcinii. Prezentaţia facială este excepţional primitivă, ea este de obicei secundară unei prezentaţii înalte şi mobile, în poziţie indiferentă.

Lordoza fetală se menţine câteva zile după naştere.

Alte cauze a prezentaţiei faciale pot fi: o jenare a acomodării de etiologie maternă (viciaţie de bazin, uter oblic), fetală (exces de volum fetal, anencefalie, tumori ale gâtului fetal) sau ovulare (placentă previa, hidramnios).

Frecventa este de 3‰

Varietăţi de poziţie: cea mai frecventă varietate este M.I.D.P., apoi M.I.S.A., M.I.D.A. şi M.I.S.P. Deoarece prezentaţia facială se întâlneşte în bazinele aplatizate, se descriu şi varietăţile M.I.D.T. şi M.I.S.T.

Diagnosticul în timpul sarcinii este dificil, de multe ori imposibil (prezentaţia este sus situată, nu se percepe fruntea). Diagnosticul poate fi însă pus prin examen echografic.

Diagnosticul în timpul naşterii se poate face însă numai după dilatarea colului. Prezentaţia rămâne mult timp ascensionată, dar se pot palpa: fruntea, arcadele orbitare (risc ocular), piramida nazală, maxilarul superior, gura şi mentonul.

Nu se va palpa însă fontanela anterioară.

Dintre toate reperele palpate, piramida nazală este singura care nu suferă deformaţii plastice. Diagnosticul de varietate de poziţie se face după situaţia mentonului şi direcţia narinelor. .

Mecanismul de naştere

— Angajarea. Deflexia capului modifică diametrele acestuia, astfel că diametrul sincipito-mentonier este înlocuit cu cel submento-bregmatic de 9,5 cm, acesta situându-se în unul din diametrele oblice (frecvent cel

stâng). Astfel, mentonul corespunde unei extremităţi a acestui diametru. Celălalt diametru, transversal, bimalar (9 cm), se aşează în celălalt diametru oblic. Astfel, angajarea se face uşor, în sinclitism şi capul depăşeşte aria strâmtorii superioare.

— Coborârea şi rotaţia. Acest timp este esenţial pentru prezentaţia facială şi de el depinde evoluţia favorabilă a naşterii. Caracteristica prezentaţiei faciale este însă limitarea rapidă a angajării. După o scurtă progresie, solidarizarea dintre cap şi spatele fetal aduce diametrul presterno-sincipital (13,5 cm), sau diametrul de solidarizare, care este foarte puţin depresibil, în aria strâmtorii superioare. Acest diametru este ireductibil.

Debutul coborârii, exagerând deflexia capului, aduce mentonul la înălţimea planului ce trece prin marginea inferioară a simfizei. Acesta este momentul în care diametrul presterno-sincipital ajunge în aria strâmtorii superioare. Coborârea nu se poate face decât printr-o mişcare care va desolidariza capul de torace: o mişcare de rotaţie aduce mentonul sub simfiză, permiţând desolidarizarea şi de aceea rotaţia se va face obligator înaintea coborârii. Rotaţia se face superior fiindcă posterior mentonul întâlneşte sacrul iar lateral este capul cotilului.

Deci rotaţia anterioară este esenţială, aducând prezentaţia în diametrul antero-posterior al strâmtorii inferioare, condiţie esenţială a degajării.

Orice altă rotaţie nu permite naşterea naturală.

În varietăţile anterioare, rotaţia este uşoară, cu 1/8 de cerc (M.I.S.A.), însă în M.I.D.P., rotaţia se va face cu 3/8 de cerc, explicată de planul lombo-iliac.

În varietăţile posterioare, sternul se află sus situat la nivelul aripioarei sacrate, coborârea fiind rapid stopată.

— Degajarea. Orientarea în mento-pubiană realizează o degajare facilă. Mentonul se fixează sub simfiză, iar capul se flectează progresiv şi la vulvă apare succesiv gura, nasul, fruntea. La degajare riscul perineal e maxim (degajarea se face cu diametrul suboccipito mentonier de 13,5 cm) ceea ce necesită o epiziotomie largă

Fenomene plastice

- bosa sero-sanghinolentă poate avea sediul la nivelul buzelor, obrajilor, pleoape;
- excoriaţii ale feţei;
- capul fetal se alungeşte, lordoza vertebrală persistă.

Conduită

Se impun două reguli: expectativă şi abţinerea de la manevre care să transforme prezentaţia facială în prezentaţie occipitală. Se va supraveghea sensul de rotaţie al capului.

La dilataţie completă, se va aprecia poziţia mentonului. La degajare sunt posibile mai multe eventualităţi:

- expulzia spontană;
- rotaţia nu se efectuează anterior sau este incom-pletă (anclavarea feţii), ceea ce impune cezariana;
- expulzia întârzie, chiar dacă mentonul a ajuns sub simfiză. în aceste situaţii, majoritatea obstetricieni-lor preferă calea înaltă sau aplicarea de forceps (Demelin) în M.P.

Prognostic

Cel matern este bun, însă cel fetal este rezervat prin lentoarea travaliului, lipsa angajării, oprirea coborârii, lipsa rotaţiei.

În prezentaţia facială apar unele distocii speciale:

- la strâmtoarea superioară: un grad de flexie poate transforma prezentaţia facială în frontală;
- în excavaţie, se poate produce anclavarea feţii (rotaţia mentonului posterior);
- suferinţă fetală prin procidenţă de cordon, compresia cordonului.

CAPITOLUL 11

SARCINA GEMELARĂ

Este o sarcină definită prin apariţia, dezvoltarea şi evoluţia simultană a doi feţi in cavitatea uterina. Este un fenomen recesiv (la om ciclul are un caracter monoovulator). Sarcina gemelară este o sarcină cu risc obstetrical crescut.

Frecvenţa generala este de 1 – 1,5% din sarcini insa dupa fecundaţia in vitro , frecvenţa este de 25%.

Clasificare

Diferenţa dintre o sarcină monozigotă sau bizigotă este dificil de făcut in prima jumătate a sarcinii (malformaţiile congenitale sunt duble in sarcinile monozigote, iar naşterea are un mare risc in aceste forme). În a II+a jumătate a sarcinii, echografia permite determinarea tipului amniotic.

- sarcina dizigota : reprezintă 80% şi rezultă din două ovule fecundate de doi spermatozoizi (cu ocazia aceluiaşi raport sexual sau după raporturi succesive). Patrimoniul genetic este diferit.

Există invelişuri trofoblastice diferite pentru fiecare ou, placente distincte si circulaţie independentă. Feţii au dezvoltare ponderală şi talie egale, au acelaşi sex sau sexe diferite. Acest tip de sarcina gemelară este biamniotică , bicorială.

- sarcina monozigotă : este rezultatul fecundării unui singur ovul de un spermatozoid, deci patrimoniul genetic este identic.

Sarcina monozigotă rezultă din scindarea unui ou in mai multe mase embrionare, cu un singur trofoblast. Feţii sunt complet identici ca genotip şi fenotip, au acelaşi sex si seamănă perfect.

Anatomic sunt trei variante:

- placenta bicorială biamniotică (32%)
- placenta monocorială biamniotică (66%)

- placenta monocorială monoamniotică (2%)

Placenta este unică cu anastomoze superficiale sau profunde. Schimburile dintre cei doi feţi se fac intr-un singur sens: de la transfuzor la transfuzat. De multe ori primitorul dezvoltă un hidramnios.

Sindromul transfuzor – transfuzat se datorează anastomozelor placentare. Creşterea diferenţiată a feţilor e variată: un făt cu anasarcă şi hidramnios, iar celălalt cu oligoamnis şi hipotrofie. În această formă anatomică se poate produce moartea unui făt.

Diagnosticul clinic pozitiv

Anamneza :

- gemeni in familie (risc x 3);
- tratament cu stimulatori ai ovulaţiei;
- vârsta peste 35 ani a mamei , multiparitatea;

În primele luni fenomene de disgravidie precoce intense.

Apoi :

- creştere ponderală marcată ;
- edeme, varice membre inferioare;
- percepere de mişcări vii fetale;
- dispnee;
- disgravidie tardivă;

Inspecţie :

- circulaţie colaterală abdominală , vergeturi;
- ombilicul aplatizat ;
- regiune suprapubiană edemaţiată;

Palpare :

- creşterea IFU (la termen ajunge la 40 – 45 cm);
- palparea a doi poli fetali de acelaşi fel (polii cefalici) are cea mai mare valoare diagnostică.

Ascultaţia – două focare distincte a BCF in topografie şi frecvenţe diferite.

EVV şi EVD :

- colul este intredeschis;
- segmentul inferior e rău format.

Paraclinic – echografia. Celelalte explorări (radiografia abdominală, ECG fetală, dozări hormonale) au interes istoric.

Diagnosticul diferențial

- mola hidatiformă : uterul mărit, moale, prezenţa metroragiei;
- fătul unic mare la o mamă cu diabet zaharat;
- polihidramnios;
- tumori genitale : chist ovarian, fibrom uterin.

Diagnosticul tipului de zigotism se face dupa naştere prin studiul microscopic al placentei, membranelor şi caracterele feţilor (sex, grup sangvin, Rh, amprente).

Complicații

În timpul sarcinii:

- avortul 4 – 10%. În 2/3 cazuri e o sarcină uniovulară. Avortul apare către luna a IV-a când apare un puseu polihidramniotic revelator a unui dezechilibru circulator.
- naşterea prematură - 48% ; cauzele sunt supradistensia uterină, ruperea prematură a membranelor, inserţia joasă a placentei.
- hidramniosul acut frecvent la sarcinile homozigote (monoamniotice);
- disgravidia tardivă : HTA, eclampsia;
- izoimunizarea maternă ;
- hipotrofia fetală (risc x 10);
- anemia feriprivă (în 3,2%).

În timpul naşterii : travaliul e lung cu tulburări de dinamică, prezentaţii distocice.

În lehuzie pot apărea hemoragii prin hipotonie uterină datorită supradistensiei uterine şi a spaţiului mare de inserţie placentară.

În afara acestor complicaţii, sunt şi riscuri specifice fiecărui geamăn:

- procidenţa de cordon, mai ales la primul făt ;
- suferinţa fetală, care apare frecvent la fătul II
- ordinea naşterii: fătul doi este frecvent afectat de anoxie şi traumatismul obstetrical. Anoxia fătului II se datorează decolării placentei dupa naşterea F1

Anomalii de prezentaţie a F2 ce impun manevre obstetricale (versiune internă, mare extracţie).

Prezentațiile în sarcina gemelară

Raporturile dintre cei doi feţi pot fi :

- unul alături de altul - juxtapuşi (cea mai frecventă)
- unul deasupra - suprapuşi
- unul înainte - antepuşi

Prezentaţiile pot fi:

- ambii în craniană - 44%
- unul în craniană , altul în pelvină - 25%
- unul în pelvina altul în craniană - 13%
- ambii în pelvină - 10%

Distocia gemelară apare în:

- acroşajul feţilor (1‰ din gemelare) : primul făt în pelvină şi al doilea în craniană. Se soldează frecvent cu decesul unuia sau ambilor feţi.
- monştri dubli - excepţional.

Alte situaţii rare de distocie sunt : coliziune (distocia creată deasupra strâmtorii superioare prin două părţi fetale ce se prezintă simultan), şi încolăcirea cordoanelor.

Conduita

Naşterea gemelară se va asista într-o maternitate cu dotare superioară în prezenţa medicului obstetrician, anestezist, neonatolog.

Este obligatorie supravegherea cardio - tocografică. Depistarea suferinţei fetale este dificilă mai ales pentru fătul II.

Se poate utiliza anestezia peridurală.

Naşterea are loc in patru timpi:

1. Naşterea fătului I - în prezentaţie craniană - idem ca la o naştere simplă.

2. Intervalul liber - se verifică existenţa unei alte pungi amniotice, se verifică prezentaţia. Dacă e o prezentaţie oblică se poate tenta versiunea externă. Această fază are o durată optimă de 5 - 15 minute dacă este o prezentaţie longitudinală .

3. Naşterea fătului II - se produce spontan dacă e în prezentaţie longitudinală. Se poate administra o perfuzie ocitocică.

4. Delivrarea - este artificială urmată de control uterin.

Conduita în sarcina gemelară este în funcţie de o serie de factori:

- vârsta sarcinii :
  - după 38 săptămâni - se vor supraveghea atent cei doi feţi .
  - între 32 - 36 săptămâni - cezariana dacă feţii nu sunt în prezentaţie cefalică.
  - sub 32 săptămâni indicaţia de cezariana se face diferenţiat.
- patologia sarcinii : existenţa HTA impune cezariana
- patologia feţilor : hipotrofia fetală sau existenţa unui sindrom transfuzor - transfuzat necesită cezariana. Hipotrofia izolată a unui făt necesită supraveghere atentă .

Moartea unui făt poate induce fenomene ischemice pentru celălalt făt.

Cezariana în sarcina gemelară

Profilactic: la sarcini sub 36 săptămâni cu feţi cu greutate sub 1500 gr.

După 38 săptămâni cezariana se decide în caz de prezentaţie necefalică a F1 sau distocie.

De asemeni o prezentaţie pelvină sau transversă a fătului II impune cezariana.

Cezariana se poate efectua şi secundar în cursul travaliului pentru indicaţii clasice.

În cazuri excepţionale : uter retractat după ruperea membranelor , se poate face cezariană pe al doilea făt.

Rămâne clasica indicaţia de versiune internă urmată de mare extracţie pentru al doilea făt in prezentaţie transversă. În aceste cazuri experienţa operatorului este esenţială.

CAPITOLUL 12

CONSULTAŢIA PRENATALĂ

Aceasta este constituită din ansamblul de activităţi pe care le desfăşoară personalul medical pentru asigurarea unei sarcini cu evoluţie fiziologică.

Ea implică un caracter profilactic activ, fiind apanajul activităţii coordonate a medicului de familie şi a diverse specialităţi implicate în ameliorarea sănătăţii femeii gravide.

Scopurile sale constau din:

- diagnosticul de sarcină (trim. I, trim. II şi III)
- diagnosticul de vârstă gestaţională
- prognosticul de evoluţie a sarcinii, şi încadrarea în categoria gravidei cu risc obstetrical crescut (GROC)
- prognosticul naşterii
- stabilirea calendarului consultaţiei prenatale
- noţiuni de igienă a sarcinii

Tot în cadrul consultaţiei prenatale pot fi incluse şi noţiunile de "pregătirea unei sarcini"- sau *consultaţia preconcepţională*

Consultația preconcepțională

Evaluarea unui cuplu care doreşte o sarcină devine, în condiţiile valorizării reproducerii umane, o atitudine tot mai recomandată.

Ea se adresează nu numai cuplurilor cu scăderea fertilităţii, ci chiar mai mult pacientelor defavorizate socio-economic şi cultural, la care urmărirea medicală de calitate este probabil afectată.

1. Identificarea factorilor de risc preconcepţional

Cu abordare multidisciplinară, evaluarea priveşte diverse situaţii de risc pentru o viitoare sarcină:

- Teste de screening privesc:
  - Boli infecţioase: toxoplasmoza, hepatita B şi C, Chlamydia, gonoreea, tuberculoză, HIV, rubeolă, sifilis.

- Afecţiuni medicale accesibile depistării:
  - Fenilcetonuria, care se poate solda la făt cu microcefalie, retard mental, boli cardiace congenitale şi hipotrofie fetală.
  - Epilepsia se asociază cu risc crescut de malformaţii congenitale- probabil prin efectul teratogenic al medicaţiei, considerat de cele mai recente studii de 3-5 ori mai mare decât în populaţia generală. De asemenea politerapia este cu risc mai mare decât monoterapia. Dintre medicamente, valproatul are riscul cel mai mare (deşi este şi cel mai eficient), deci trebuie evitat sau dat în doze minime şi fracţionate. O altă recomandare este asocierea a 1-5 mg acid folic zilnic.
  - Pacientele sub anticoagulante cumarinice pot prezenta feţi cu dismorfii faciale şi osoase.
  - Disfuncţiile tiroidiene pot determina intârzieri de dezvoltare neurologică prin nivelul scăzut de iod mai ales în primul trimestru. Ca urmare, Asociaţia Americană a Tiroidei recomandă suplimentarea dietei femeii gravide cu iodură de potasiu 150 micrograme/zi .
  - Lupusul eritematos sistemic activ se asociază cu risc crescut de avort şi naşteri premature. Există şi riscul de preeclampsie la aceste paciente.
  - Pacientele sub tratament antihipertensiv cu inhibitoare de enzyme de conversie trebuie să considere modificarea medicaţiei. Utilizarea acestor medicamente în trimestrele II şi III de sarcină determină fetopatii renale în 30% cazuri

2. Factorii ereditari şi genetici

Aceşti factori pot determina, mai ales în cadrul migraţiilor populaţionale şi a globalizării, apariţia de patologii familiale şi genetice inedite:

- beta-talasemia cu predominanţă în zona mediteraneană
- alfa-talasemii la femei din Extremul Orient
- zone de endemie pentru diverse afecţiuni
- Istoricul familial de sindrom Down, sau alte malformaţii genetice cu transmitere autosomală sau gonosomală.

3. Factorul patern

Sunt condiţii de origine paternă care pot influenţa evoluţia sarcinii, astfel că circa 10% din sarcinile cu rezultat nefavorabil – malformaţii, avort spontan, naştere prematură

Dintre aceste condiţii, amintim :

- fumatul: influenţează spermatogeneza, şi expune gravida la fumat pasiv
- alcoolismul se asociază cu hipotrofia fetală
- vârsta înaintată a tatălui- corelată cu mutaţii cu transmitere autozomală (sindrom Marfan, acondroplazie)- cu un risc de malformaţii la peste 40 ani de 0,2-0,3%
- Expunerea la clorura de vinil, fenoli, plumb, sau alte substanţe chimice se corelează cu sarcini oprite în evoluţie şi avorturi spontane
- Epilepsia paternă poate fi corelată, deşi într-un procent inferior celei materne, cu anomalii ale produsului de concepţie

4. Profilaxia preconceptuală a embrio- şi fetopatiilor:

Cuprinde:

- sfatul genetic

Deşi nu este o recomandare de rutină, se estimează că circa 7% din cuplurile care îşi doresc sarcini au elemente de risc genetic. De aici, se poate concluziona că această investigaţie ajută la evaluarea unor situaţii cu risc.

- identificarea factorilor de risc descrişi deja, şi înlăturarea lor
- pregătirea concepţiei

Ar trebui să debuteze cu circa 3 luni înaintea concepţiei propriu-zise, şi cuprinde:

- evitarea expunerii la toxice, alcool, tutun
- întreruperea pilulelor contraceptive, cu utilizarea altor metode, având în vedere riscul unor patologii de sarcină şi necesitatea reechilibrării terenului hormonal endogen (există şi riscul sarcinilor multiple de exemplu la o concepţie imediat după întreruperea pilulei)
- eventuale schimbări ale mediului şi regimului profesional
- evaluarea unor condiţii medicale particulare (cardiace, pulmonare, infecţioase, renale)
- consultul stomatologic

- suplimentări medicamentoase
- Legat de acest ultim punct, administrarea de complexe vitaminice ar reduce riscul de malformaţii de tub neural sau de malformaţii tip palato-skisis; carenţa de acid folic se asociază cu malformaţii cardiovasculare şi renale, cu un factor de risc de 4 ori mai mare.

Consultația prenatală

Obiectivele:

Consultatia prenatală are caracter profilactic activ, fiind apanajul activităţii concordante a medicului de familie şi a diverse specialităţi implicate în ameliorarea sănătăţii femeii gravide. Scopurile sale constau în:

- depistarea precoce a sarcinii, încă din primele săptămâni de gestaţie, care se face prin:
- anamneză
- examen clinic general şi ginecologic
- investigaţii paraclinice
- imaginea de ansamblu asupra stării de sănătate a mamei, încă de la luarea în evidenţă
- depistarea factorilor de risc, şi încadrarea gravidei în categoria "cu risc obstetrical crescut"
- supravegherea evolutiei sarcinii, măsuri de igienă generală, a sarcinii, dietetice etc.
- prevenirea unor stări patologice cu incidenţă crescută în sarcină: anemia hipocromă, modificări ponderale, patologia vasculară, infecţiile urinare.
- depistarea precoce a patologiei sarcinii: iminenţa de avort, iminenţa de naştere prematură, patologia lichidului amniotic, izoimunizarea, disgravidia etc; adoptarea măsurilor ce se impun pentru prevenirea agravării bolii, apariţia complicaţiilor materne şi/ sau fetale.
- pregătirea fizică si psihică a femeii pentru naştere, lehuzie, cresterea copilului.

Prima consultatie constã dintr-una, sau mai frecvent din douã, vizite pe care medicul de familie le face gravidei. Necesitatea interpretării unor examene de laborator, sau a unor consultatii de specialitate, poate solicita repetarea primei vizite.

Luarea în evidenţă a gravidei

Pentru realizarea unei prime consultaţii prenatale adecvate, depăşind nivelul unei simple "luări în evidenţă", este recomandată atitudinea activă a medicului de familie, a specialistului, a cadrelor medii. Acesta mai ales pentru că deseori femeile cu condiţii socio-economice precare sau cu alţi factori de risc medical ocolesc asistenţa medicală.

Următoarele observaţii merita făcute:

- medicul de medicină generală urmăreşte peste 80% din sarcini până în luna a VII-VIII-a, doar ultima consultaţie prenatală trebuind să fie realizată de echipa de obstetricieni care va urmări naşterea. De asemenea, este de preferat ca aceeaşi echipă obstetricală să realizeze şi monitorizarea paraclinicã (în special ecografică) pe parcursul sarcinii.
- tot medicului de familie îi revine un rol important în urmărirea sarcinilor cu risc, în monitorizarea respectării recomandărilor obstetricianului.
- asistenta medicală specializată (numită încă “moaşă”) este cea care poate aduce o contribuţie esenţialã în diversele stadii ale sarcinii şi naşterii. In unele ţări, atribuţiile ei merg până la monitorizarea paraclinicã a sarcinii normale, şi asistenţa la naştere. Indiferent de reglementările legale, practica obstetricală arată necesitatea pregătirii adecvate a acestei asistente, deseori fiind solicitată de a interveni în situaţii de urgenţă şi în afara competenţelor stricte ale sale.
- medicul specialist de obstetrică trebuie să realizeze:
  - completarea evaluării primare a riscului obstetrical al unei sarcini
  - depistarea unor stări capabile de alterarea normalităţii sarcinii, concomitente sau preexistente acesteia
  - pregătirea gravidei din punct de vedere al psihoprofilaxiei naşterii, al creşterii adresabilităţii şi gradului de informare individuală şi familială

În privinţa gravidei cu risc, aceasta trebuie urmărită periodic de medicul specialist, iar medicul generalist urmăreşte respectarea calendarului consultaţiilor profilactice şi a recomandărilor făcute de specialist.

Prima consultaţie prenatală

Diagnosticul de sarcină

In primul trimestru se bazează pe:

- diagnostic pozitiv clinic, care este un diagnostic de probabilitate:
    - anamneza:
    - amenoree,astfel că orice femeie care are o întârziere menstruală la o vârstă reproductivă trebuie considerată gravidă "până la proba contrarie". Acest fapt are o semnificaţie deosebită mai ales pentru alte specialităţi decât obstetrica, şi care se pot întâlni cu următoarele situaţii:
    - recomandarea unui examen radiologic, cu sau fără substanţă de contrast
    - prescrierea unor tratamente cu substanţe potenţial teratogene
    - recomandări referitoare la condiţiile de muncă sau familiale
- modificările funcţionale:
    - digestive: greţuri matinale şi vărsături în general de intensitate redusă până la moderată, cu dispariţie în timpul zilei şi la schimbarea regimului alimentar (mese mai frecvente, mâncăruri mai "uşoare"). Mecanismul de producere pare legat de secreţia de hCG (hormon corionic gonadotrop) în sarcină- dovadă intensitatea mai mare a simptomelor în sarcina molară, şi în cea gemelară, deşi administrarea simplă de hCG la femei negravide nu dă aceste efecte. Forma mai avansată a acestei simptomatologii, care poate avea consecinţe grave metabolice materne, o constituie disgravidia precoce- caracterizată prin peste 5 vărsături pe zi, incoercibile, care deseori determină lipsa aportului alimentar. Alte modificări digestive pot fi: hipersalivaţie care în cazuri patologice ajunge la *ptialism* (peste 2-3 litri salivă pe zi) deseori greu de tratat, uneori pirozis, constipaţie, alterări ale gustului- ca de exemplu *pica*- dorinta compulsivă de a ingera substante ne-alimentare: amidon, pământ, chiar hârtie sau cuburi de gheaţă.
    - urinare: în primul trimestru de sarcină, compresiunea pe vezică poate determina polakiurie; după alţi autori (Sciara et al.) este vorba o creştere a diurezei în primele 5-8 săptămâni de sarcină, în condiţiile modificărilor presiunii osmotice şi creşterii aportului prin stimularea cen-

trului setei. Pe parcursul următoarelor două trimestre, frecvenţa micţiunilor scade, prin ascensiunea uterului în abdomen, dar şi prin creşterea nivelului de vasopresină-ADH, cu retenţie intravasculară, pentru a reveni în ultima parte a sarcinii prin acelaşi fenomen de compresiune.

- neuro-psihice: insomnie sau somnolenţă, iritabilitate, emotivitate, modificări psiho-afective, alterări ale mirosului.
- pigmentare tegumentară, şi apariţia vergeturilor abdominale şi/sau fesiere, necaracteristice stării de graviditate însă.
- creşterea temperaturii bazale
- modificări la nivelul altor aparate şi sisteme

- modificări genito-mamare

– **Sânii:**

- *inspecţia:*

Aratã mãrirea de volum, pigmentarea areolarã cu prezenţa areolei secundare, şi eventualii tuberculuii lui Montgomery (glandele sebacee hipertrofiate), precum şi evidenţierea circulaţiei venoase (reţeaua Haller). Trebuie notate şi tratate dupã posibilitãţi, elementele legate de conformaţia mameloanelor (înfundaţi, ombilicaţi), sau fisurile mamelonare.

- *palparea:*

Se constată creşterea consistenţei, sânii devenind de tip "glandular", ca şi evidenţierea la exprimarea mamelonului a unei secreţii incolore-*colostru*. Trebuie urmărite şi prezenţa unor formaţiuni tumorale, exprimarea mamelonului cu eliminare de lapte, puroi sau sânge.

– **ale abdomenului:**

- *inspecţia:*

La nivelul abdomenului se constată încă de la începutul sarcinii pigmentarea liniei mediane. In timp, la sarcini de peste 10-12 săptămâni, mai ales la persoane cu ţesutul celular subcutanat slab reprezentat, mărirea de volum a abdomenului devine clară în regiunea hipogastrică, şi apoi în tot abdomenul.

De asemenea, distensia peretelui abdominal va determina rupturi ale ţesutului celular subcutanat, şi apariţia de *vergeturi* pe liniile de solicitare ale pielii. Acelaşi mecanism poate determina vergeturi la nivelul regiunii fesiere.

De remarcat că modificările acestea dispar după sarcină, cu exceptia vergeturilor care din violacei devin alb-sidefii. Inspectia atentă poate evidenţia în sarcinile mari mişcările active ale fătului.

În fine, în sarcinile mai mari, poate apare ştergerea ("deplisarea") cicatricii ombilicale, sau chiar o uşoară herniere ombilicală a ţesutului celular subcutanat, fără semnificaţii patologice, dar care trebuie evaluate în timpul evoluţiei sarcinii.

Trebuie subliniată şi eventuala prezenţă a unor cicatrici postoperatorii, a reţelei venoase colaterale pregnante, ca şi a altor modificări parietale.

- *Palparea abdominală*

Dacă sarcina a depăşit 10 săptămâni, la nivelul etajului subombilical se palpează o formatiune globuloasă, de dimensiuni variabile după vârsta sarcinii, de consistenţă renitentă- păstoasă, regulată, mobilă, nedureroasă.

Uterul apare:

- In trimestrul I: din luna a doua, ca o formaţiune sferică, de consistenţă moale, contractilă, în regiunea hipogastrică.
- In trimestrul II: formaţiune globuloasă, renitentă, contractilă, cu balotare abdominală prezentă, situată pe linia mediană.
- In trimestrul III: formaţiune ovoidală regulată, renitentă, contractilă, cu axul mare longitudinal/ transversal, în interiorul căreia se identifică elementele fetale:
  - polul cefalic= dur, rotund, regulat
  - polul pelvin= mai mare, de consistenţă inegală
  - planul spatelui= un plan dur care reuneşte polii
  - părţi mici fetale în partea opusă spatelui.

Palparea se încheie precizând şi localizarea polilor şi spatelui fetal faţă de linia mediană ceea ce corespunde poziţiei (drepte sau stângi) a fătului în uter, definită ca raport între un punct de reper (occiputul în prezentatia craniană) şi partea din ileonul matern în contact.

-Se măsoară distanţa de la marginea superioară a simfizei la fundul uterului=IFU şi circumferinţa abdominală la nivelul ombilicului

- *Percuţia:*

Evidenţiază matitate pe linia mediană la nivelul formaţiunii descrise, şi sonoritate pe flancuri. Insă este rareori folosită în practica obstetricală curentă.

- *Ascultaţia la nivelul abdomenului:*

Se foloseşte stetoscopul obstetrical monoauricular, plasat la nivelul abdomenului, în punctul în care palparea profundã a determinat relieful acromial (“ciotul umărului”) situat imediat între polul cefalic şi spatele fetal. Se recomandã ascultarea cu faţa spre picioarele parturientei, cu genunchii acesteia întinşi, şi cu luarea simultanã a pulsului matern.

Ascultaţia evidentiazã bătăile cordului fetal= BCF din punct de vedere al următorilor parametri:

- frecvenţã: normal: 120-140, ascultabile de la 20 sãptãmâni, dar uşor de evaluat doar spre termen.
- focar- în prezentaţia cranianã, la jumătatea distanţei spino-ombilicale
- ritm: pentru care se recomandã ascultarea pe o perioadã de minim 30 secunde, preferabil 1 minut.
- tonalitate
- eventuale sufluri adãugate-*suflu funicular, uterin etc.*

Se stabileşte astfel:

- dg. sarcină
- vârsta sarcinii
- prognosticul de evoluţie a sarcinii

- diagnostic diferenţial: amenoree, creşterea uterină negravidică
- examene paraclinice: reacţii biologice, reacţii imune

Testul	**Sensibilitate**	**pozitivare (zile de la concepţie)**	**reacţii încrucişate LH**	**indicaţii**
imunologic de rutină (hemaglutinare)	>700-1000 UI/l	25-28	posibil	confirmare de rutină a sarcinii
imunologic sensibil (latex)	>200-250	15	posibil	dg. precoce de sarcină
radioreceptori	>200	7	posibil	dg. precoce
RIA	>30-100	7	nu	dg. sarcină normală sau patologică (SEU, avort)

Erori posibile:

- fals negative:-sensibilitate insuficientă, urină diluată sau ţinută la temperatura camerei, interferenţe cu medicaţia (de pildă după tehnici de reproducere umană asistată, avort iminent/ sarcină extrauterină (SEU)

– fals pozitive: reacţii încrucişate cu LH (perioada ovulatorie, preclimax), HCG din tumori (coriocarcinom, ovar, sân, pulmon, rinichi, sarcoame) sau prin tratament (al sterilităţii), tireotoxicoză, proteinurie sau hematurie.

Diagnosticul evolutivităţii sarcinii în primul trimestru

– Diagnostic clinic

Diagnosticul de sarcinã opritã în evolutie este dificil de pus clinic. Dispariţia brutal a semnelor functionale (greţuri, vãrsãturi), sau detumefierea sânilor, deşi elemente subiective şi inconstante, pot atrage atenţia.

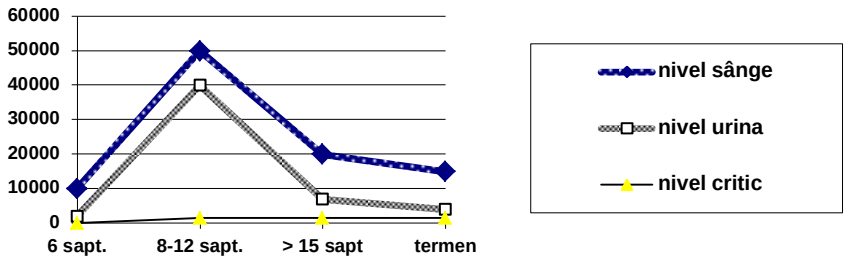
De la sfârşitul lunii a III-a, oprirea în evoluţie a sarcinii poate determina o redusă secreţie lactată, de aspect translucid-albăstrui.

Discrepanţa între dimensiunile uterului şi durata amenoreei are valoare doar dacă se poate stabili exact data ultimei menstruaţii (cicluri regulate). Oprirea în evoluţie a sarcinii este foarte probabilă în lipsa creşterii în dimensiuni a uterului la examene succesive la intervale de 5-7 zile sau mai lungi.

– Testele imunologice au valoare, dacã ţinem cont şi cã:
  - testele sunt negative la sarcinile “mici” (sunt pozitive la întârzieri >7 zile ale ciclului)
  - testele rãmân pozitive 7-10 zile dupã ce sarcina şi-a încetat evoluţia

Nivelele HCG semnificative pentru sarcina opritã în evoluţie sunt cele descrescãtoare la determinări succesive în primele 10 sãptãmâni de gestaţie, sau la valori sub 1500 UI/litru în urinã.

Evoluţia normalã a nivelelor HCG în funcţie de vârsta sarcinii este indicatã mai jos:



- Ecografia conferã cele mai fiabile relaţii în diagnosticul de oprire a evoluţiei sarcinii. Condiţiile ce trebuie îndeplinite pentru un diagnostic sigur sunt:
  - dimensiunile sacului ovular inferioare vârstei gestaţionale şi absenţa creşterii diametrului sacului la 2 determinări succesive la 5-7 zile
  - absenţa ecoului embrionar dupã 8 sãptãmâni, la examene succesive (“oul clar”)
  - lipsa activitãţii cardiace dupã sãptãmâna a 8-a, şi a mişcãrilor active ale embrionului la > 10 sãptãmâni.
  - la peste 10 sãptãmâni, şi în funcţie de disponibilitãţi, ecografia Doppler negativã a activitãţii cardiace fetale pledeazã pentru sarcina opritã în evoluţie.

Prima consultatie prenatalã

Anamneza:

- Antecedentele heredo-colaterale:

Se insistă asupra:

- bolilor cu transmitere genetică
- boli cronice cu incidenţă familială crescută
- boli infecto-contagioase (TBC, boli transmitere sexuală)
- grupul sanguin şi Rh-ul soţului

- Antecedentele personale:
  - menarha, caracterele ciclului menstrual
  - avorturi şi naşteri anterioare
  - boli şi intervenţii chirurgicale

In situaţia depistării unor antecedente obstetricale încărcate (nasteri de feţi morti, decese neonatale precoce, sechele psiho-somatice ale feţilor anteriori), interogatoriul şi recomandările trebuie să meargă spre depistarea factorilor implicaţi, potenţial recidivanţi.

- Conditiile de viaţă şi muncă ale femeii:

Se referă la: venitul familial; alimentaţia; fumatul; consumul de alcool; activitatea profesională

Examenul clinic general si cel obstetrical

Acestea se fac după metodologia cunoscută. Se consemnează obligatoriu în fişa gravidei:

- înălţimea

- greutatea
- pulsul şi T.A.

Finalizarea primei consultatii

Priveşte:

- stabilirea stării de sănătate a femeii
- recomandarea setului "minim" de analize paraclinice:
  - hemoleucograma
  - grup sanguin şi Rh
  - sumarul de urină
  - reactii serologice pentru sifilis
  - secreţie vaginală
- de la caz la caz, se vor solicita
  - consulturi interdisciplinare (dacă e posibil, fiecare gravidă să fie examinată de un medic internist)
  - teste speciale: uree sanguină, glicemie, acid uric, teste de disproteinemie, timp de sângerare-coagulare(T.S.-T.C.) etc
- stabilirea calendarului viitoarelor consultaţii, fişarea în scopul respectării programărilor (inclusiv cu ajutorul calculatorului)
- recomandări referitoare la igiena alimentaţiei, igiena individuală şi a muncii

Consultaţiile periodice prenatale

Pe întreaga perioadă a sarcinii sunt totalizate 10-12 consultaţii profilactice, la o sarcină cu evoluţie obisnuită. Astfel:

Luna:	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
consultaţii:			←—— I →	←	II→	III→	IV→	V→	VI→	VII+VIII→	IX-XII→

Cu ocazia fiecărei consultaţii se procedează la:

- interogatoriu asupra evoluţiei sarcinii în intervalul de la ultima vizită medicală. Ne interesează semnele de debut ale unor eventuale stări patologice: lombalgii, dureri abdominale, leucoree, mici pierderi de sânge, tulburări micţionale, dispnee de efort, edeme.

- observarea stării generale, aspectul tegumentelor, sânilor, membrelor inferioare (varice, edeme). Se măsoară pulsul, T.A., greutatea, eventual temperatura.
- examenul obstetrical- limitat în general la examenul abdomenului:
  - palparea superficială, cu determinarea I.F.U. şi aprecierea dinamică a cantităţii de lichid amniotic
  - prezentaţia (în ultimul trimestru)
  - tonusul şi contractilitatea uterină
  - BCF- la >20 săptămâni (pentru metoda clasică); -sau de la 3 luni dacă există Doppler sondă sau echograf
  - examenul vaginal digital (EVD) se practică doar dacă gravida prezintă contracţii uterine dureroase (CUD) (nu şi hemoragii), sau pentru pelvimetria internă în lunile mari (când e şi mai uşor acceptată)
- investigaţii paraclinice recomandate:
  - Hemograma - care în trimestrul II de sarcină atinge valori minime datoritã hemodiluţiei. Se repetă periodic, dacă valorile sunt scăzute (sau la limita inferioară), şi se recomandă tratament cu preparate de fier.
  - sumarul de urină, dacă este posibil lunar- pentru bacteriurii asimptomatice, apariţia proteinuriei la HTA indusă de sarcină
  - secretia vaginală- dacă prezintă leucoree
  - alte analize (recomandate de Sciarra):
    - ✓ alfa fetoproteina maternă (dacă este scăzută este un element din trepiedul de diagnostic al sindromului Down; dacă este crescută, posibilă malformaţie de tub neural)
    - ✓ anticorpi anti-Rh (la 24-28 săptămâni şi în ultima lună de sarcină)
    - ✓ test de toleranţă la glucoză pentru suspiciunea de diabet gestaţional matern
    - ✓ test HIV, cultura Chlamydia, repetarea serologiei pentru sifilis (la 32-36 săptămâni)

Monitorizarea modificărilor fiziologice în sarcinã

Cresterea ponderală

Reprezintă un parametru intens monitorizat de obstetrica clasică, dar a cărui semnificaţie trebuie atent evaluată în prezent.

- Creşterea ponderală medie este de 9-12 kg pe parcursul sarcinii, sau de 1 kg/lună de sarcinã (de fapt, doar 1-2 kg în primele 20 săptămâni de sarcină, şi mai accentuată ulterior-cam 0,5 kg/săptămână în a doua jumătate de sarcină). La pacientele supraponderale, media de creştere ponderală recomandată este de 7-9 kg, în timp ce la cele subponderale este vorba de refacerea greutăţii ideale, apoi creşterea menţionată.
- Această creştere ponderală se explică prin:
  - dezvoltarea fătului (cca 3400 g la termen) şi a anexelor (placentă, lichid- încă cca 1500 g)
  - creşterea uterului (800 g), a glandei mamare (cca 300 g), şi alte depozite (până la 3300 g)
  - fluide interstiţiale (1700 g) şi sânge (1200 g)
- Creşterea ponderală poate fi influenţată de diverşi factori: prezenţa edemelor, modificările de apetit, variaţiile observatorilor. De aceea, unii autori recomandă folosirea altor parametri: circumferinţa încheieturii mâinii, sau tabele corelate greutate-înălţime.

Tratamente profilactice

La gravida sănătoasă nu este necesară administrarea profilactică a vreunui preparat medicamentos:

- calciul, în conditiile alimentatiei corecte, cu 250 ml lapte/ 30 g brânză acoperă necesarul
- preparatele de fier pot fi administrate şi profilactic, pe cale orală, mai ales în:
  - Hb la limita inferioară a normalului
  - naşteri şi avorturi succesive la intervale scurte
  - tulburări digestive de absorbţie

Se pot asocia acid folic, vitamina C- pentru asigurarea absorbţiei fierului. A nu se uita că absorbţia fierului este mai bună pe stomacul gol, dar şi efectele secundare sunt mai importante. De asemenea, tratamentul cu fier trebuie nu numai să normalizeze sideremia şi hemoglobina, ci şi să

refacă rezervele de fier- obiectiv greu realizabil în timpul sarcinii. Nivelul de Hb recomandat = 12,5 g%

- vaccinarea anti-tetanică este singura admisă în timpul sarcinii (trim II)

Investigaţii suplimentare:

Echografia

Este indicată în următoarele situaţii:

1. confirmarea diagnosticului de sarcină
   - vizualizarea sacului gestaţional (cel mai devreme la 5 săptămâni de sarcină)
   - vizualizarea cordului (la 6-7 săptămâni)
   - vizualizarea extremităţii cefalice (la 12 săptămâni de gestaţie)
   - determinarea exactă a vârstei gestaţionale
   - diagnosticul viabilităţii

2. evaluarea vârstei gestaţionale (prin intermediul parametrilor: lungimea cranio-podală, dimensiunile sacului ovular, diametrul biparietal, diametrul transvers abdominal, lungimea femurului, etc.)
   - măsurarea diverşilor parametri, şi interpretarea corelată a valorilor în funcţie de vârsta sarcinii)
3. precizarea prezentaţiei fetale:
   - identificarea polului cefalic, şi a coloanei vertebrale (deci şi a poziţiei drepte sau stângi)
   - odată declansată naşterea, poate ajuta la stabilirea varietăţii de poziţie
4. clarificarea suspiciunii de sarcină multiplă
   - ecografia precizează numărul feţilor
   - diferenţierea sarcinilor uni şi bi amniotice
   - localizarea placentei
   - se apreciază cantitatea de lichid amniotic
5. la discordanţă între amenoree şi dimensiunile uterului:
   - întârzierea de crestere intra-uterină, macrosomia, oligoamniosul, malformaţii congenitale neurologice, urinare sau de tub digestiv.
   - sarcina mai mare (mărimea uterului) decât amenoreea: hidrocefalia, fetii macrosomi (diabet matern/ copii mari consti-

tuţional), sarcina mutiplă, hidrops fetal (în izoimunizare Rh sau diabet matern), hidramnios, mola
- reconfirmarea vârstei gestaţionale

6. anomalii fetale:
   - hidrocefalia, microcefalia
   - anencefalia
   - meningocel, spina bifida
   - anomalii renale
   - malformatii osoase, ale membrelor
7. suspiciunea de moarte fetalã:
   - modificările conturului capului fetal, dublu contur cranian (dar ultima şi la feţi vii cu anasarcă fetoplacentară)
   - lipsa mişcărilor fetale şi miscărilor cordului fetal
   - scăderea/ absenţa dinamicii pentru dimensiunile fetale de la o examinare la alta
   - reducerea lichidului amniotic
8. localizarea placentară (NB!- necesitã vezica plină, uneori chiar poziţia Trendelenburg)
   - determinarea locului de implantare a placentei, corelată cu vârsta gestaţionalã (placentă jos inserată până în trimestrul 3, placentă previa în ultimul trimestru)
   - diagnosticul varietăţii de placentă previa, după măsurarea ecografică a distanţei dintre marginea placentară şi marginea orificiului intern al colului
   - aprecierea structurii placentare, a gradului de maturitate
9. evaluarea stării şi prognosticului naşterii:
   - patologia uterină asociată (malformativă, tumorală, etc.)
   - starea colului, eventual incompetenţa cervico-istmică
10. evaluarea stării fătului şi prognosticului neonatal:
    - starea diverselor aparate şi sisteme fetale (sistem cardiovascular, excretor, digestiv, mişcări active respiratorii, de deglutiţie, etc)
    - evaluarea biofizică- scorul Manning
    - gradul de maturaţie placentară
    - determinarea indicilor Doppler pentru circulaţia uterină şi ombilicală, cu detectarea precoce a suferinţei fetale

Examenul cito-vaginal hormonal

Indicat pentru suspiciunea de suferinţă fetală in utero. Mecanismul acestor modificări este legat de excesul de progesteron, în mod normal, respectiv deficitul său în suferinţa fetală.

După luna a III-a, un indice acidofil are valori de:

- 2-10%.....semnificaţie = sarcină normală
- 40%.....= suferinţă fetală
- 70%.....= probabil deces in utero

Examenele radiologice

Ele sunt contra-indicate în sarcină până în trimestrul 3, efectuându-se doar în cazuri speciale, după protejarea regiunii pelvi-abdominale şi numai ca Radiografie:

- diagnosticul fracturilor
- afecţiuni pleuro-pulmonare acute sau ftizice

In rest se preferă investigaţii fără radiaţii ionizante: gastroscopie, echografie abdominală.

Stabilirea categoriei "gravidă cu risc obstetrical crescut"

O sarcină poate prezenta de la început elemente de risc, dar care să nu influenţeze în final evoluţia sa, sau pot surveni pe parcursul ei factori de risc care să întunece prognosticul său. De aici necesitatea evaluării încadrării în GROC la fiecare consultaţie prenatală.

Factorii de risc principali pentru sarcină sunt:

- factori genetici
- factori obstetricali
- boli materne
- disfuncţii anexiale
- factori psiho-sociali
- vârsta foarte tânără (<18 ani) sau foarte înaintată (>40 ani) se asociază cu riscuri de morbiditate şi mortalitate fetală ridicată de 5 ori.
- mari multipare (>5 naşteri) au risc moderat, iar la peste 8 naşteri crescut considerabil, pentru prezentaţii distocice

În recentul "Ghid de îngrijiri prenatale pentru sarcina cu risc scăzut", elaborat de Centrul Naţional pentru studiu în medicina familiei în

2005, este prezentat modelul de chestionar pe care Organizaţia Mondială a Sănătăţii l-a propus pentru depistarea situaţiilor cu risc obstetrical:

Numele pacientei: .....
INSTRUCŢIUNI: Răspundeţi la toate întrebările următoare marcând cu X căsuţa corespunzătoare

ISTORICUL OBSTETRICAL

1. Născuţi morţi sau decedaţi neonatal precoce?	☐	☐
2. 3 sau mai multe avorturi consecutive spontane?	☐	☐
3. Greutatea la naştere a ultimului copil „ 2500g?	☐	☐
4. Greutatea la naştere a ultimului copil " 4500g?	☐	☐
5. Ultima sarcină: internări pentru hipertensiune sau pre/eclampsie?	☐	☐
6. Istoric de intervenţii chirurgicale ale tractului reproductiv?	☐	☐

SARCINA CURENTă

7. Sarcina multiplă diagnosticată sau suspectată?	☐	☐
8. Vârsta sub 16 ani?	☐	☐
9. Vârsta peste 40 ani?	☐	☐
10. Izoimunizare Rh în sarcina curentă sau anterioară?	☐	☐
11. Sângerări vaginale?	☐	☐
12. Tumori pelvine?	☐	☐
13. Tensiune arterială diastolică mai mare sau egală cu 90 mm Hg la prima vizită?	☐	☐

DATE GENERALE MEDICALE

14. Diabet zaharat insulino-dependent?	☐	☐
15. Boli renale?	☐	☐
16. Boli cardiace?	☐	☐
17. Abuzuri cunoscute de substanţe nocive (inclusiv consum exagerat de alcool)?	☐	☐
18. Orice alte boli sau circumstanţe medicale severe?	☐	☐

Specificaţi

Un răspuns afirmativ la ORICARE din întrebările de mai sus (o căsuţă cenuşie marcată cu X) înseamnă că persoana nu este eligibilă pentru componenta de bază a noului model de asistenţă antenatală.

Este persoana eligibilă? (încercuiţi) NU DA
Dacă NU, este îndrumată către .....

Data..... Numele..... Semnătura.....

În următorul tabel, preluat dupăV. Luca, sunt sistematizaţi aceşti factori:

Factori de risc		Consecinte asupra sarcinii şi fătului
Obstetricali	vârsta <18 sau >40	prematuritate, distocie, patologie maternă
	multiparitate >5 sau >8	distocie, patologie dinamică, anomalii inserţie placentară, risc de ruptură uterină
	talie<1,55m sau G<45 kg	distocii mecanice, avort, făt cu greutate mică la naştere
	izoimunizare Rh	moarte in utero, anasarcă, icter hemolitic şi nuclear, sechele psiho-somatice
	avorturi, naşteri premature anterioare	risc recurenţă, dacă factorul cauzal persistă
	sarcina la < 3 luni de naşterea anterioară	suprasolicitarea organismului matern
	sarcini anterioare complicate	risc recurenţă
	patologia maternă pe sarcină: infecţii, HTA-G, intervenţii chirurgicale, incompet. cerv.-istmică	
	factori intranatali	
Condiţii socio-economice	nivel scăzut, muncă solicitantă, sarcina nedorită	• mortalitate maternă de peste 10 ori ↑ • indice de prematuritate de 3 ori ↑ • mortalitate infantilă de 6 ori ↑
Antecedente ginecologice	tumori uterine, ovar, malformaţii cong, incompet. cerv.-istmică	• avort/ întreruperea terapeutic a sarcinii • naştere prematură
Patologia maternă sociată	infecţii cronice (listerioza, sifilis)	avort, NP
	infectii pe sarcină: TORCH	malformatii, infectii neonatale, hipotrofie fetală
	diabet, obezitate	macrosomie
	hipotiroidie netratată	cretinism
	intoxicaţii (tabagism, alcool, profesionale, droguri)	• IUGR, dismorfii, retard psihic • avort, NP, suferinţă fetală cronică

CAPITOLUL 12

IGIENA SARCINII

Igiena generală

Modul de viaţă

Restricţiile pentru gravida normală privesc doar cantitatea şi intensitatea eforturilor fizice, mai ales în ceea ce privesc eforturile prelungite şi mari.

- *Activitatea profesională* în primele 5 luni de sarcină este normală. Gravida trebuie să evite:
  - eforturile fizice mari
  - expunerea la noxe (toxice profesionale, radiaţii)
  - expunerea la temperatură extremă, umiditatea excesivă, trepidaţii

În general se contraindică activităţi fizice care necesită ridicarea unor greutăţi peste 10-15 kg. De asemeni, munca pe timp de noapte este interzisă - cu unele excepţii.

- *Odihna gravidei* nu trebuie să fie excesivă, ci să asigure un somn de 8 ore zilnic. Somnul de după-amiază va fi evitat dacă el produce insomnii nocturne.
- *Activitatea sportivă*, mai ales cea de performanţă, este interzisă. Sunt contraindicate în mod special următoarele sporturi: călărie, canotaj, schiul, şi tenisul (deşi părerile nu sunt concordante cu privire la acesta din urmă).

Înotul este contraindicat în primele luni de sarcină, mai ales la gravidele care prezintă lipotimii. In restul sarcinii, mentinut în limite rezonabile (fără a produce oboseală), el poate fi practicat, reprezentând un bun exerciţiu pentru tonifierea musculaturii abdomino-perineale, şi ameliorând circulaţia prin scăderea greutăţii relative a gravidei.

Mersul pe jos poate fi util, mai ales fără încălţăminte cu toc sau talpă dură- cât timp nu devine excesiv solicitant pentru capacitatea cardio-

pulmonară usor redusă şi sistemul osteoarticular mai fragil. Din aceleaşi motive, joggingul sau alte sporturi înrudite sunt contraindicate.

În fine, plaja este contraindicată în tot cursul sarcinii.

Recomandări speciale: plimbarea si mersul pe jos pe teren plat; gimnastica medicală usoară mai ales cu exerciţii de respiraţie şi relaxare pentru musculatura abdomino-perineală.

- *Călătoriile* lungi, cu trenul sau maşina, mai ales în condiţii incomode, trebuie evitate.

Igiena corporală

- Va fi asigurată cu duşuri sau băi complete cu apă la temperatură potrivită. Sunt contraindicate băile de aburi, băile fierbinţi de picioare, duşurile cu apă rece sau fierbinte.
- Lenjeria de corp este de preferat să fie din bumbac, şi schimbată suficient de frecvent.
- Imbrăcămintea trebuie să fie suplă, largă, comodă. Sânii vor fi susţinuţi cu sutiene adecvate, suficient de largi. Centura pentru susţinerea peretelui abdominal este necesară doar în diastazisul marcat al muşchilor abdominali.
- Încălţămintea trebuie să fie cu tocul jos, şi să sprijine bine bolta piciorului. De aceea se evită atât pantofii cu toc înalt, cât şi papucii clasici de casă.

Igiena genitală şi a activității sexuale

- *Igiena organelor genitale externe (OGE)* va fi asigurată prin toaletă locală cu apă şi săpun puţin degresant (de tipul celui de copii sau de bărbierit). Irigaţiile vaginale sunt formal contraindicate; masarea mameloanelor în ultimul trimestru al sarcinii trebuie privită cu rezervă, putând declanşa contracţii uterine.
- *Interzicerea activităţii sexuale* priveşte:
  - gravide cu infertilităţi severe
  - iminenţe de avort sau avort habitual în antecedente
  - iminenţa de naştere prematură
  - ultimile 6 săptămâni înaintea datei probabile a naşterii (D.P.N.)

Studiile efectuate arată că vizavi de activitatea sexuală în timpul graviditătii pot apare următoarele modificări:

- utilizarea mai frecventă a pozitiei în decubit lateral, sau bărbatului "a posteriori"
- recurgerea la activitate sexuală substitutivă (masturbare, stimulare orogenitală) poate fi remarcată la cuplurile echilibrate în ultima parte a sarcinii

S-au adus deseori în discuţie efectele pe care activitaea sexuală le-ar avea în ultima parte a sarcinii, prin traumatism local şi orgasm. Deşi nu exista opinii unanime, totuşi nu s-au găsit corelaţii semnificative între frecvenţa rapoartelor sexuale în ultimele 4 săptămâni de sarcină şi naşterea prematură. S-a constatat în schimb o pondere mai mare a copiilor cu Apgar sub 7 la nastere, şi a prezentei meconiului în lichidul mniotic- probabil prin modificări vasculare locale legate de orgasm şi hipoxie episodică fetală.

În absenţa unor complicaţii (ruptura de membrane, iminenţa de avort sau naştere prematură, hemoragie), şi a situaţiilor de risc matern şi fetal cunoscut, activitatea sexuală trebuie aşadar să se desfăşoare în limitele normale.

Igiena alimentației

Necesităţile calorice:

Ele cresc progresiv pe parcursul sarcinii, ajungând în ultimul trimestru la 30-40 cal/ kg şi zi. Ca atare, necesarul unei gravide în condiţiile unei activităţi moderate fizice este de 2000-2500 kcal/ zi, iar în condiţii de efort ajunge la 2500-3000 kcal/ zi. Bineînţeles, aceste elemente trebuie să ţină cont de greutatea iniţială a femeii: pacienta supraponderală primeşte cca 2200 kcal/zi, în timp ce femeile sub 95% din greutatea ideală trebuie să primească în medie o suplimentare de 500 kcal/zi.

Următoarele situaţii cer o suplimentare a raţiei:

- gravide adolescente sau sub 20 ani (se sumează cu necesitătile de creştere), cu suplimentare de 100-200 kcal/zi
- bilanţ energetic precar anterior sarcinii
- condiţii dificile de muncă sau de microclimat

Aportul proteic

Necesarul de proteine creşte în primul trimestru de sarcină la 80-100 g/zi, acoperind necesităţile plastice crescute, atât ale fătului şi placentei, cât şi ale uterului gravid şi mamogenezei. Ca şi necesitătile calorice, şi necesarul de proteine este suplimentat în situaţiile mentionate mai sus.

Aportul glucidic

Necesarul creşte usor, la 5-6 g/kgc şi zi. Glucoza se transferă constant pe parcursul sarcinii de la mamă la făt.

Aportul lipidic

El este normal sau uşor diminuat, cu pondere semnificativă a grăsimilor animale.

Aportul mineral

Necesarul de minerale este crescut la gravide:

- *Sodiul* este prezent în organismul gravidei în exces cu 500-900 mEq, din care peste 1/2 revine fătului. Mecanismul acestei modificări este reprezentat de resorbţia renală crescută.

Aportul recomandat în prezent pe sarcină în privinţa clorurii de sodiu este de 4-6 g/ zi, realizabil din prepararea culinară obişnuită (se "ia solniţa de pe masă"). Se exclud alimentele conservate prin sărare, şi se ţine cont şi de alte surse de NaCl, ca de exemplu ape minerale.

- *Calciul* suferă pe sarcină un transfer intens, mai ales în ultimul trimestru de sarcină. Necesarul gravidei creşte astfel cu 0,5-0,8 g/ zi, dar este accesibil printr-o dietă adecvată (lapte, ouă, carne sau legume).
- *Fierul* este necesar şi el în cantităţi crescute în sarcină, dieta zilnică trebuind să realizeze 15 mg (cu 5 mg mai mult ca la negravide). Atenţie, doar 10% în medie din fierul alimentar se absoarbe; alimentaţia va cuprinde de aceea cca 30-40 mg Fe. In ultima vreme se consideră că dacă este necesară o suplimentare a dietei cu fier, doar administrarea de preparate medicamentoase poate fi o soluţie.

În plus vor fi <u>evitate</u>:

- conservele, brânzeturile fermentate
- mâncărurile grase, sosuri, prăjeli
- condimente, cafeaua concentrată, alcoolul sau fumatul.

Acuze curente în sarcină

Acuze comune legate de nutritia gravidei

O serie de simptome nu constituie propriu-zis elemente patologice, dar prin frecvenţa şi aparitia lor în perioade deosebite psiho-emoţional pot determina consultaţii frecvente.

Pirozis

Datorat pe de o parte creşterii uterine care deplasează stomacul şi ansele intestinale, iar pe de altă parte efectului progesteronului care scade tonusul sfincterului cardial, constă în refluxul gastro-esofagian însoţit eventual de senzaţie de arsură retro-sternală.

Se poate constata chiar o hernie hiatală temporară în timpul sarcinii.

O serie de factori pot favoriza aceste manifestări:

- mesele copioase, cele bogate în grăsimi sau mâncăruri prăjite sau foarte condimentate
- fumatul, consumul de băuturi gen bere, vin sau lichior
- băuturi tip cola, cafea, sau alte băuturi acidulate
- repausul la pat imediat după masă
- medicaţia cu aspirină sau preparate acide înrudite

Simptomatologia se produce mai ales în decubit dorsal, sau la aplecarea înainte.

Recomandări pentru diminuarea efectelor:

- minim 5 mese pe zi
- evitarea meselor cu mai puţin de 1-2 ore înainte de culcare
- reducerea/ suprimarea fumatului
- ca ultimă variantă, tratamentul cu antiacide a formelor severe: (hidroxid de magneziu, hidroxid de aluminiu) si mai putin sodiul bicarbonic (cu efect mai scurt) se poate recomanda.

Constipaţia

Acelasi hormon al sarcinii (progesteronul) poate influenţa şi peristaltica musculaturii intestinale. Asociată deplasării viscerelor pelvine datorită uterului gravid, aceasta are ca efect încetinirea tranzitului, cresterea reabsorbţiei apei şi a consistenţei scaunului. Prescrierea unor tratamente cu fier per os poate amplifica fenomenele. Drept consecinţă, creşterea frecvenţei hemoroizilor şi aşa predispuşi datorită congestiei gravidice la protruzie şi sângerări pot amplifica gradul de constipaţie al unor paciente.

Măsuri de minimalizare a constipaţiei prin dietă cuprind:

- alimente bogate în fibre
- ingestia de suficiente lichide
- evitarea degradării excesive a vegetalelor
- exerciţiul fizic regulat

Vărsăturile si greaţa

Desi mecanismul exact al apariţiei acestor simptome la începutul sarcinii nu este clar, se presupune intervenţia unor hormoni direct legaţi de activitatea placentară (argumentat şi prin accentuarea simptomelor în sarcinile multiple sau în sarcina molară). Astfel, fie ar fi vorba de hipersensibilitatea musculaturii tractului digestiv superior la stimuli externi, fie de episoade de hipoglicemie tranzitorie prin pasajul accelerat al glucozei la făt, sau este o reacţie la hipersalivaţie (până la forma agravată a acesteia-ptialismul).

Câteva recomandări cuprind:

- liniştirea gravidei, având în vedere că agitaţia cauzată de simptome poate accentua excitabilitatea şi deci agrava manifestările
- evitarea fumatului, oboselii excesive, a mirosurilor neplăcute
- evitarea mişcărilor bruşte şi a stressului excesiv
- aerisirea frecventă a încăperii, plimbările în aer liber.
- ingestia unei mici gustări dimineaţa la trezire, cu circa 10 minute înainte de ridicarea din pat (combate hipoglicemia de decubit matinală)
- în final, marea majoritate a formelor simple de vărsături dispar spontan spre 12 săptămâni de sarcină.

Pica

Aceasta constă în ingestia de substanţe fără valoare nutritivă- ca de exemplu argila sau soda de rufe. Este vorba de multe ori de obiceiuri şi tradiţii legate de un grup etnic, sau de tulburări psihotice asociate sarcinii. Tratamentul, în condiţiile riscului de denutriţie, implică un consult psihiatric de specialitate.

Acuze uro-genitale

- leucoreea, semnificând o scurgere vaginală crescută, apare în sarcină datorită hipersecreţiei celulelor glandulare cervicale. De cele mai multe ori, regulile generale de igienă sunt suficiente. Dacă este excesivă, sau însoţită de prurit, sau cu modificarea culorii, poate semnifica o infecţie care să necesite tratament. Astfel:
  - tricomoniaza apare în 20-30% din gravide, dar este simptomatică doar la 5-10%. Scurgerea este fetidă, brună sau

verde, însoţită uneori cu peteşii pe mucoase. Tratamentul obisnuit se bazează pe metronidazol, care însă se evită pe sarcină, mai ales în primul trimestru şi în timpul alăptării. Aşadar, se vor recomanda alte substante antiseptice si anti-helmintice, ca de exemplu aminacrina, sodium edetat, sodiu docusat, cu eficienţă mai mică dar mai potrivite în situaţia dată. Nu trebuie neglijat tratamentul partenerului, cu Metronidazol 250 mg x 2/zi, 7 zile.

- candidoza. Deşi ea poate fi izolată la numeroase gravide din secreţia vaginală, mai puţin de jumătate din acestea prezintă simptomatologie- scurgeri alb-brânzoase abundente, prurit vaginal, usturimi. Acestea se însoţesc de inflamaţie vulvo-vaginală şi dispareunie superficială. Tratamentul se bazează pe creme sau ovule cu miconazol sau nistatin, care ameliorează simptomele. Deseori însă pe sarcină infecţia recidivează, şi retratamentul este necesar.
- infecţiile nespecifice, la care germenul nu poate fi clar identificat, pot beneficia de tratament antiseptic şi simptomatic- inclusiv creme cu cortizon pentru usturimi şi prurit.

Alte acuze nespecifice

- varicozităţi la nivelul membrelor sau vulvare. Se produc prin compresiunea exercitată de uterul mărit asupra circulaţiei de întoarcere venoasă, mai ales pe fondul unui teren predispus (antecedente heredo-colaterale sau personale de afecţiuni venoase). Ar trebui ca încă de la luarea în evidenţă riscul tulburărilor acestea să fie remarcat, şi măsuri preventive (mişcare suficientă, ciorapi elastici) aplicate. De regulă tratamentul anticoagulant nu se recomandă pe sarcină, iar corectarea chirurgicală este formal contraindicată. Măsurile nespecifice, ca de exemplu poziţia elevată a membrului inferior afectat, şi tampoane care să asigure o presiune perineală constantă pot fi aplicate, dar cu eficienţă redusă.
- hemoroizii apar frecvent pe sarcină, şi pot cauza frecvent discomfort. Spre deosebire de varicele uzuale, hemoroizii se

pot complica mai frecvent cu infecţii şi accidente trombotice, de aceea atitudinea medicului trebuie să fie mai agresivă. Astfel, reducerea prolapsului hemoroidal, băile locale calde, antiseptizarea regiunii, laxative şi creme anestezice topice pot fi soluţii eficiente. Tratamentul chirurgical nu este indicat în sarcină.

- cefaleea poate fi un simptom frecvent în sarcină, dar de obicei este de intensitate redusă. Formele mai severe sau persistente pot semnifica debutul unei preeclampsii. Cauzele cele mai întâlnite sunt legate de stressul emotional şi sinuzita reactivată de congestia mucoasă prin vascularizaţia excesivă de natură hormonală. Datorită acestui mecanism, cefalea din sinuzite poate fi însoţită de epistaxis în forme uşoare. Tratamentul obişnuit cu decongestionante este de regulă suficient.
- edemele pot apare în timpul sarcinii datorită retenţiei de fluide sub acţiunea hormonilor specifici. Cele mai dese sunt edeme de decubit, care apar la o treime din gravide în trimestrul al III-lea fără să aibă o semnificaţie deosebită. Poziţia ridicată a picioarelor, şi scăderea ingestiei de sodiu sunt soluţiile recomandate, în timp ce diureticele sunt formal contraindicate. Edemele trebuie întotdeauna să fie un motiv de evaluare pentru o posibilă preeclampsie.
- durerile articulare şi osoase în regiunea pelvi-lombară. Relaxarea articulară care însoţeşte sarcina permite mobilitatea redusă a oaselor sacro-lombo-pelvine, spre deosebire de situaţia la femeile negravide. Această mobilitate poate determina instabilitate osoasă, şi dureri de intensitate medie. Suplimentar, pe măsura creşterii dimensiunilor uterului, se produce o lordoză reflexă compensată de aducerea umerilor în spate şi înclinarea capului spre în faţă. Această postură accentuează simptomele dureroase, şi creste aria interesată la toată coloana. Soluţiile temporare, care pot fi eficiente, constau într-un repaus adecvat pe un pat sufcient de moale, şi purtarea unei încălţăminte cu tocuri joase-de 3-4 cm. De asmenea, căldura locală şi masajul lombar relaxează muscu-

latura paravertebrală, iar exerciţiile fizice de mobilitate a coloanei pot fi utile.

- crampe musculare apar mai frecvent în sarcină decât la negravide, datorită reducerii calciului seric sau creşterii fosforului. Tratamentul cuprinde diminuarea aportului fosfat (lactate, medicamente cu fosfat de calciu) şi suplimentarea cu calciu carbonat sau lactat. O posibilitate de a creşte absorbţia calciului, prin administrarea de hidroxid de aluminiu înainte de masă, care absoarbe suplimentar fosforul. Tratamentul simptomatic, cu masajul moletelor şi coapselor, mişcările de flexie a piciorului, mersul pe "călcâie" şi nu pe "vârfuri", asociate cu căldura locală sunt de asemenea utile.
- sincope şi stări lipotimice pot apare în prima parte a sarcinii, datorită instabilităţii vasomotorii asociată cu hipotensiunea ortostatică. Alteori, este vorba de hipoglicemia dinainte de masă, sau activitatea fizică neadecvată. Măsurile generale privesc evitarea inactivităţii, respiraţiile ample corecte, schimbările lente de poziţie şi mobilizarea membrelor inferioare pentru ameliorarea circulaţiei. Mesele mai dese şi mai frecvente, ceai sau cafea pentru episoadele de hipotensiune frecventă, şi susţinerea glicemiei sunt alte recomandări în astfel de situaţii.
- angorjarea sânilor poate apare pe sarcină mai ales în prima şi ultima perioadă a sarcinii. Purtarea unui sutien corespunzător şi eventual pungi cu gheată pot fi eficiente, în timp ce tratamentul hormonal general sau local nu are eficienţă.
- modificări neurologice ale mâinilor.

Acrodisestezia mâinilor este remarcată la 5% din femeile gravide, manifestându-se ca tremurături şi parestezii ale degetelor. Ea este determinată de tracţiunea pe ramuri ale plexului brahial datorită căderii umerilor în trimestrul III de sarcină, şi se manifestă mai ales noaptea şi dimineaţa. Poate progresa spre anestezie parţială şi alterarea percepţiei proprioceptive la nivelul mâinii. De regulă afecţiunea nu este de gravitate deosebită, dar trebuie evaluată de un specialist pentru posibilitatea progresiei sau peristenţei post-natale, mai ales la eforturile legate de ridicarea în braţe a copilului şi reluarea activităţii fizice obişnuite.

Sindromul de tunel carpian se caracterizează prin dureri, tremurături, senzaţie de arsură la una sau ambele mâini în teritoriile deservite de nervul median. El apare mai ales în ultima parte a sarcinii, şi este explicat de modificările de la nivelul fasciei, tendoanelor şi tesutul conjunctiv la nivelul canalului carpian, care produc strâmtarea sa, fenomene accentuate la asocierea edemului mâinii prin retenţie hidrosalină. Teritoriul cel mai afectat cuprinde primele trei degete, cu pierderea mişcărilor fine şi dureri la hiperflexia sau hiperextensia mâinii. Poziţia ridicată a braţului, şi fixarea mâinii în poziţie neutră poate ameliora simptomatologia, dar rezolvarea necesită cel mai des rezovarea chirurgicală cu neuroliza nervului median.

Utilizarea medicamentelor în sarcină

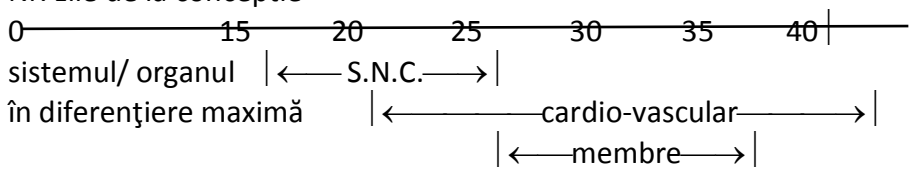
Riscurile administrării unor medicamente în sarcină sunt legate de:

- teratogenicitatea
- întreruperea intempestivă a cursului sarcinii (avort, naştere prematură.)
- toxicitate maternă
- toxicitate fetală

Teratogenicitatea

Poate fi împărţită în 3 **etape**:

- precoce, în primele stadii de dezvoltare ale oului→ legea "tot sau nimic", prin lezarea unei mari majorităţi ale celulelor oului
- de diferenţiere intensă (embriogeneză), când alterările privesc organul care în momentul acţiunii se află în plină diferenţiere:



- perioada fetală, în care de fapt efectul este doar de alterare a creşterii, nu şi de malformaţii congenitale.

Agenţii teratogeni pot fi şi ei împărţiti în 2 categorii:

- unii cu afinitate pentru anumite sisteme şi organe:
  - Thalidomida.....pentru membre→ amielii, focomielii
  - Valproatul de sodiu.....sistemul nervos
  - razele X.....S.N.C., ochi
  - antitiroidienele.....mugurii faciali (cheiloschizis), vasele mari (transpoziţie vase mari)
  - warfarina.....schelet, muguri faciali
  - litiu.....palat, ochi
  - dietilstilbestrolul.....carcinogen pentru colul uterin
- altii a căror administrare creste global frecvenţa malformaţiilor congenitale, fără interesări predilecte:
  - antiepileptice (fenitoina, trimetadona)
  - antidiabetice orale (tolbutamida)
  - antimalarice de sinteză (chinina, daraprim)
  - citostatice (methotrexat)
  - unele sulfamide
  - penicilamina
  - iodul radioactiv
  - androgeni
  - inhibitori de enzimă conversie
- unele medicamente, deşi experimental au fost teratogene, la om nu au fost demonstrate ca producând malformaţii congenitale.: fenotiazine, barbiturice, metronidazol

Legat de acestea, Food and Drug Administration- autoritatea de reglementare a autorizării medicamentelor din Statele Unite, propunea împărţirea în 5 clase:

1. **Categoria A**. Medicamente demonstrate la om ca fiind fără risc fetal (de exemplu multivitaminele)

2. **Categoria B**.Medicamente fără/ cu efect minim la animale, nedemonstrat şi la om (de exemplu peniciline)

3. **Categoria C**.Medicamente nestudiate la om sau la animal, sau la care rezultatele de la animale nu au fost cercetate la om (cuprinde majoritatea medicamentelor administrate pe sarcină)

4. **Categoria D.** Medicamente cu risc fetal demonstrat, dar la care beneficiile terapeutice depăşesc riscul scontat. Aici intră carbamazepina sau fenitoina

5. **Categoria X.** Medicamente la care efectul teratogen le face nerecomandabile pe sarcină

Toxicitatea fetală

Exemplele cele mai cunoscute sunt:

- Aminoglicozidele → atingerea perechii VIII nervi cranieni
- Cloramfenicolul→ "gray baby syndrome" = tegumente cenuşii, hipotermie, flaciditate, chiar deces
- Tetraciclinele → acumulare în oase şi dinţi =hipoplazie, demineralizare, coloraţie galbenă
- Sulfamidele → prin competiţie cu bilirubina, accentuează icterul neo-natal la administrarea în ultimele săptămâni de sarcină
- Aminofilina → iritabilitate neo-natală
- benzodiazepinele → depresie neonatală respiratorie, flaciditate musculară ("floppy syndrome")
- anti-prostaglandinicele → închiderea prematură canal arterial, cu detresă respiratorie
- betablocantele → hipoglicemie, bradicardie la făt
- diureticele acţionează:
  - direct (triazidice) = hiponatriemie, trombopenie, icter neo-natal, poate HTA la viitorul adult
  - indirect (diminuarea perfuziei placentare)
- prednisolonul → supresia supra-renalelor la doze >10 mg/zi
- androgenii → masculinizarea, inclusiv prin tulburări de diferenţiere hipotalamică (săpt.13-18)
- progestativele sunt virilizante doar ca derivati de testosteron; nu si alilestrenolul sau duphastonul. In SUA însă nu se administrează în primul trimestru de sarcină progestative, nefiind considerate "sigure"

Toxicitatea maternă

Exemple:

- tetraciclina.....hepatotoxică, mai ales la administrare I.V.
- aminozidele.....oto- si nefrotoxice
- heparina.....osteoporoză în tratamente prelungite
- betamimeticele.....tahicardii, palpitaţii, hipotensiune

Antibioticele în sarcină

Arbitrar se împart în 3 categorii:

- categoria I = fără restricţii în sarcină
- categoria II =cu unele riscuri, mai mici decât beneficiile
- categoria III =efectele nedorite contraindică administrarea sa în sarcină

Clasa de antibiotice		**efecte secundare/ toxice**	**categoria**
peniciline		-	I
cefalosporine		-	I
aminozide		oto-nefrotoxice	II
macrolide; lincomicină		-; hepatotoxică	I; II
cloramfenicol		"gray baby sdr"/ aplazie medulară	III
tetraciclina, doxicilina		atingeri osoase+ dentare fetale; hepatotoxice (atrofia acută galbenă la administrarea I.V.)	III
sulfamide	neoxazol	icter hemolitic n.n.	II (pt. trim I)
-" -	sulfametin	hepato-nefrotoxic	III (trim. I şi III)
-" -	trimetoprim	risc teratogen (?); toxic hematologic	-idem-
polipeptide: colimicina		nefrotoxic	III injectabil/ I local
chinolone: acid nalidixic		acidoză neonatală	II (trim II şi III)
nitrofurantoin		-	I (trim.I şi II)
metronidazol		teratogenicitate neexclusă cert	III (trim I) şi II (trim II-III)

CAPITOLUL 13

CONSULTAŢIA POSTNATALĂ

Supravegherea lehuzei se face la început în mediu spitalicesc, iar ulterior (după o perioadă variind între 24 ore si 6 zile, de la tară la tară) după externare de reţeaua de asistenţă primară.

Obiectivele:

Acestea sunt următoarele:

- urmărirea lehuziei fiziologice
- reluarea activităţii normale a femeii, şi reintegrarea sa
- prevenirea complicaţiilor post-partum

Lehuzia fiziologică:

Consideraţii generale

Definiţie:

Lehuzia se defineşte ca perioada de timp în care dispar fenomenele generale şi locale induse de sarcină. In mod practic, ea se încheie atunci când re-echilibrarea organismului permite reluarea unui nou ciclu gestational- fără limite foarte precise, aşadar.

Limite:

- Traditional şi religios, limita stabilită pentru lehuzie este de 6 săptămâni.
- La femeile care nu alăptează, ea se întinde de la sfârşitul perioadei IV a nasterii (lehuzia imediată) până la apariţia primului ciclu
- La femeile care alăptează, prima menstruaţie poate apare relativ târziu - la 6-7 luni, dar aceasta nu implică absenţa ciclului ovarian - de unde posibilitatea apariţiei unei sarcini în timpul amenoreei de alăptare.

În concluzie, lehuzia fiziologică îmbracă aspecte particulare la fiecare caz în parte.

Elemente de anatomie în lehuzie:

Modificările uterine

La sfârşitul sarcinii, IFU (înăltimea fundului uterin) este de 30-35 cm, iar greutatea sa de 1500 g; în afara sarcinii, caracterele sale erau IFU de 6 cm, iar greutatea sa de 60 g.

Involutia uterină este mai intensă în primele 2 săptămâni, când scade zilnic cu 1-1,5 cm, astfel încât în 10-12 zile ajunge dintr-un organ abdominal, unul pelvin (sub simfiză)- altfel spus, nu mai poate fi palpat abdominal, iar IFU nu se mai poate determina. Uterul revine la dimensiunile pre-gravidice în circa 2 luni; de aceea, problema aplicării unui sterilet nu se poate pune decât după acest interval.

Segmentul inferior va fi rapid reîncorporat în corpul uterin, redevenind istm uterin.

Colul revine la dimensiunile sale de 1,5-2 cm şi la consistenţa dinaintea sarcinii în o săptămână. Orificiul său intern persistă deschis câteva zile, în timp ce orificiul extern poate rămâne dehiscent permanent, mai ales la multipare.

Datorită unor mici rupturi la nivelul comisurilor, orificiul extern devine din punctiform, în fantă transversală, iar mucoasa endocervicală poate deveni vizibilă (*ectropion).* In mod normal, acest ectropion se va reduce în 3-6 luni până la un an, deci nu constituie un motiv de îngrijorare sau tratament agresiv

Endometrul evoluează în patru etape:

- regresia după expulzia placentei- constând din eliminarea stratului superficial decidual, prin citoliză si necrobioză- ceea ce ia aspectul lohiilor (caracteristice primelor 5-10 zile)
- cicatrizarea fără stimulare hormonală, care interesează stratul profund al deciduei (zilele 5-25)
- faza de proliferare sub efectul stimulării estrogenice -cu mecanism asemănător fazei proliferative din ciclul menstrual (zilele 25-45)
- reluarea ciclului menstrual normal (după ziua 45-sau 6 săptămâni)

Uneori, în jurul zilei 18-20 poate apare o mică hemoragie trecătoare (" mica menstruaţie").

De remarcat că există cazuri când de fapt la 45 zile nu se produce o menstruaţie adevărată, ci o hemoragie de privaţie. De aceea, contracepţia cu pilula se poate începe încă de la 25-a zi postpartum.

Vaginul si vulva

Supradestinse de prezentatie revin la dimensiuni normale treptat. Eroziunile superficiale ale mucoasei vaginale se refac ad integrum, dar cele mai profunde pot conduce la disparitii ale pliurilor, scăderea elasticităţii sau chiar dispareunii.

In primele zile postpartum, se poate constata un usor colpocel prin slăbirea peretelui posterior, care însă va retroceda spontan.

Destinderea vulvei va determina ruperea inelului himenial în fâsii numite *carunculi mirtiformi.*

Planseul pelviperineal

Îşi recapătă rapid rezistenţa, fapt ajutat de gimnastica adecvată; în cazul unei cicatrici de episiotomie, fenomenele pot fi îndelungate sau incomplete.

Alteori, modificări structurale duc la formarea unui hiatus urogenital deschis persistent.

Alte modificări organice

Peretele abdominal îsi recapătă treptat tonicitatea, alteori persistând o dehiscenţă a musculaturii abdominale -*diastazisul drepţilor abdominali*, corectabil prin gimnastică medicală.

Tesutul cutaneo-elastic rupt în timpul sarcinii (vergeturile violacei) se cicatrizează formând cicatrici alb-sidefii -la nivelul peretelui abdominal, dar şi al altor zone: fese etc.

Pigmentaţia feţei şi a liniei mediane abdominale dispar treptat.

La nivelul centurii pelvine modificările din timpul naşterii pot dispare treptat, sau pot persista dând tulburări de statică sau dureri în musculatura spatelui.

Modificări sistemice:

Cardio-vasculare

Volemia, după o uşoară creştere prin revărsarea conţinutului lacunelor placentare în circulaţie, revine la normal în prima săptămână. La fel,

debitul cardiac creşte în primele zile postpartum, revenind la normal în 2 săptămâni. *Pulsul* marchează 2-3 zile bradicardie, apoi revine la normal; dacă însă anemia este marcată, se instalează tahicardie.

Tensiunea arterială creşte în timpul travaliului, apoi scade la normal. Uneori însă, pot apare puseuri hipertensive în lehuzia imediată, chiar crize eclamptice, mai ales pe un fond usor hipertensiv anterior nasterii.

Hematologice

Hemoglobina şi hematocritul ajung la valori mai mici decât antepartum datorită pierderilor de sânge perinatale. *Limfocitoza* creşte suplimentar postpartum în prima săptămână, ca şi *V.S.H.*-ul.

Temperatura

Poate înregistra o creştere usoară în primele zile, datorită catabolismului din postpartum (37^1-37^2), iar în ziua a 3-a- a 4-a prin angorjarea sânilor. Totusi, o temperatură de 38 trebuie interpretată ca patologică-posibil o infecţie puerperală.

Sistemul nervos

Este caracteristică pentru lehuzie o stare de labilitate neuropsihică, în special cu tendinţe la depresie (asa-numitul ” baby-blue syndrome”). Ea este explicată în parte de modificările hormonale (dispariţia estrogenilor, a hormonilor corionici), de starea de oboseală, de tulburări hidro-electrolitice etc.

Sistemul excretor

Imbibiţia de sarcină dispare prin eliminare urinară (poliurie 2-3 zile) şi transpiraţii. Urme fine de albumină în urina lehuzei pot persista 7-8 zile. Prin aceste căi, femeia poate pierde în lehuzie 7-8 kg în greutate. O atenţie deosebită trebuie acordată vezicii urinare care este atonă în primele zile-de unde riscul unor infecii sau retenţiei urinare.

Urmărirea clinică a lehuzei

Etapele lehuziei

Se disting 3 etape importante:

- Lehuzia imediată (primele 4 ore după naştere)
- Lehuzia propriu-zisă (primele 10-12 zile după naştere)
- Lehuzia tardivă (de la 10 zile la 6 săptămâni).

Lehuzia imediată se caracterizează prin astenie, oboseală, adinamie şi somnolenţă. Există o bradicardie trecătoare, o hipertermie relativă.

De urmărit:

- sângerările tardive
- episoade de disgravidie tardivă, chiar eclampsii ce se pot instala până la 72 ore post-partum
- funcţia vezicală (retenţii, traumatisme uretro-vezicale)

Lehuzia propriu-zisă este dominată de fenomenele involutive uterine, uterul devenit organ pelvin fiind semnul definitor al acestei perioade.

De urmărit:

- infecţiile puerperale
- accidentele trombo-embolice

Lehuzia tardivă constă din redresarea organismului până la starea pregestaţională.

De urmărit: fenomenele aferente alăptării.

Aspectul lohiilor

Sunt scurgeri vaginale ce apar după naştere, schimbându-şi aspectul şi cantitatea de la o zi la alta.

- **Lohiile sanguinolente**

Caracterizează primele 2-3 zile, continând sânge necoagulat şi fragmente de ţesuturi lizate. In mod normal nu conţin cheaguri- în această situatie trebuie căutată sursa hemoragiei. La femeile care alăptează, eliminarea lohiilor este mai rapidă (reflex utero-mamar).

- **Lohiile sero-sanguinolente** apar între ziua 3-5. Au miros fad şi culoare brun-deschisă, conţinând mai putin sânge şi mai multă plasmă extravazată.
- **Lohiile seroase**, de culoare roşiatică apoi galbenă până în ziua a 14-15, au caracter cremos conţinând mucus cervical, exsudat seros, fragmente mici deciduale şi micro-organisme, având acelaşi miros fad.
- **Lohiile albe** caracterizează etapa între 2 săptămâni şi sfârşitul lehuziei. Conţin fragmente de epiteliu cilindric uterin, leucocite, cristale de colesterol, elemente de descuamare vaginală etc.

Mobilizarea lehuzei

Se recomandă mobilizarea precoce pentru a preveni complicaţiile trombembolice, evitând servirea mesei la pat, alăptarea la pat etc.

Conduita în timpul lehuziei

Primele 2-3 zile

- In primele 12-24 ore, lehuza trebuie urmărită cu atentie. Parametrii importanţi sunt:
  - sângele pierdut
  - T.A. si puls
  - diureza
  - temperatura
  - toaleta personală

De asemenea, dacă naşterea a fost dificilă, pot apare frisoane sau chiar o stare de "soc vagal" ca reacţie post-traumatică. Bineînteles, acest diagnostic se va putea pune abia după excluderea celorlaltor forme de şoc din lehuzie (hemoragic, septic, obstetrical).

Aprecierea tonusului şi retractilităţii uterine (prezenţa "globului de siguranţă" descris de Pinard- uter retractat cât o sarcină de 17 săptămâni, şi de duritate "lemnoasă") este un element esenţial pentru o bună evolutie post-partum. Lipsa acestui element, deci nerealizarea "ligaturii vii" prin strangularea porţiunii intramiometriale a vaselor uterine, este una din cauzele cele mai frecvente ale hemoragiei în postpartum.

- Din ziua a doua trebuie să facă respiraţii adânci, mişcări de mâini şi masaj pe membre. Merge în sala de alăptare, şi trece la o alimentaţie completă.
- Trebuie continuată monitorizarea hemodinamică în primele 2-3 zile, minim de 2 ori pe zi, şi evaluarea hemoragiei. O criză poliurică, până la 2,5 litri pe 24 ore, este posibilă, fără semnificaţie patologică, dar la fel de bine este posibilă retenţia urinară prin atonie vezicală.
- Din ziua a 3-a trebuie început un program de gimnastică medicală recuperativă a tonusului muscular şi a circulatiei generale. Dacă nu a avut scaun, se face o clismă sau se administrează un purgativ usor.

De asemenea, dacă se contraindică alăptarea naturală se va face ablactare medicamentoasă prin administrare de bromocriptină (2 cp/zi) sau un estrogen oral.

In cazul incompatibilităţii Rh materno-fetale, administrarea de globulină anti-D se va face tot în primele 72 ore după naştere.

- **Toaleta vulvo-perineală** se face pe masa ginecologică, pentru aprecierea leziunilor vulvo-vaginale, a hemoroizilor eventuali, chiar a aspectului colului. Se aplică un pansament vulvar schimbat de 2-3 ori pe zi.
- **Sânul** trebuie consultat atent pentru urmărirea instalării lactaţiei şi a eventualelor leziuni mamelonare. Sânii trebuie sustinuţi într-un sutien larg, şi trebuie spălaţi cu apă şi săpun înainte şi după supt. Evacuarea periodică (la 3-4 ore) este cea mai bună metodă pentru evitarea angorjării mamare; dacă aceasta apare, se trataează cu comprese reci, doze mici de antipirină sau alte analgetice şi progesteron.
- Colicile uterine- ce apar mai ales la multipare, se tratează cu analgetice, eventual bandaj abdominal câteva zile

Lehuzia propriu-zisă

Aceasta include, după cum s-a mai menţionat, primele 10 zile (sau prima săptămână după externarea lehuzei).

Supravegherea priveşte:

- Involuţia uterină: în ziua a 6-a este la jumătatea distantei între ombilic şi simfiză, iar ulterior sub simfiză la sfârşitul perioadei. Persistenţa unui uter mai mare, deşi poate fi cvasinormală la multipare sau după cezariană, trebuie totuşi să ne aducă în atenţie o endometrită sau o retenţie de lohii.
- Evolutia perineului este de asemenea importantă. Poate apare în această perioadă edemul sau hematomul vulvoperineal, dehiscenţa episiorafiei, complicarea unor fisuri neglijate la naştere.
- starea sânilor- trebuie apreciată orice fisură sau ragadă mamelonară, tumefiere sau induraţie a sânului- care pot fi preludiul unei mastite puerperale. Angorjarea mamară care poate apare în primele 3 zile de alăptare, cu întărirea sânilor si usoară ascensiune febrilă dispare ulterior pe măsura golirii sânilor periodic şi complet.
- Examenul moletului poate arăta semne precoce de tromboză: edem, roşeată, creştere unilaterală de volum a gambei,

durere la palparea moletului sau la dorsiflexia piciorului (semnul lui Homans)

- starea generală constă în evaluarea temepraturii, a pulsului şi TA.

Principalele măsuri recomandate în această perioadă sunt:

- toaleta perineului efectuată de 2 ori pe zi şi după fiecare scaun- fie cu soluţie de săpun, fie cu un antiseptic local. De asemenea, se va sublinia necesitatea unei lenjerii curate, schimbate de câte ori este necesar.
- dacă perineul este dureros, se poate recomanda un antalgic antiinflamator în supozitoare
- îngrijirea mamelonului după fiecare supt, cu ştergerea cu săpun şi cu un unguent cicatrizant pe bază de glicerină.
- mobilizarea suficentă pentru prevenţia bolii trombembolice
- durerile determinate de contracţiile uterine, mai ales în primele zile, şi accentuate de alăptare, nu consituie de regulă o problemă, rareori fiind necesară prescrierea unui antispastic sau antalgic
- dacă după primele trei zile pacienta nu şi-a reluat tranzitul, se recomandă un laxativ usor (lactuloză) asociat unui regim bogat în fibre şi mobilizării suficiente.
- puseele hemoroidale în postpartum pot necesita un tratament antiinflamator local în doze importante şi un tonic venos, mai rar incizia directă sub anestezie locală dacă s-a instalat tromboza hemoroidală
- nu trebuie neglijată posibilitatea unei incontinenţe anale, în rara eventualitate a neglijării unei rupturi de sfincter anal
- prescrierea de anxiolitice dacă sidromul de depresie postnatal se instalează

Lehuzia îndepărtată

Supravegherea în continuare a lehuzei până în ziua a 42-a este asemănătoare celei amintite mai sus.

- Involuţia uterină continuă, şi urmărirea lohiilor ce pot persista între 15-21 zile. O hemoragie redusă cantitaiv poate apare în ziua 10-12, fără semnificatie şi nedepăşind 48 ore.
- Măsurile igieno-dietetice recomandate cuprind:
  - exerciţii de reeducare perineală

- igiena locală se va realiza prin toaletă locală, fiind autorizate şi duşuri generale, dar nu şi băi pană la oprirea scurgerilor vaginale
- reluarea activităţii sexuale, de regulă recomandată după finalul lehuziei îndepărtate, poate fi eventual pusă în discuţie după cel puţin 4 săptămâni de la nastere, când scurgerile vaginale s-au oprit.
- în cazul asocierii unei anemii, sau a unei naşteri cu pierderi sanguine semnificative, tratamentul cu fier se va continua, minim o lună după restabilirea valorii normale a Hb

Contracepţia în post-partum

Deşi este foarte răspandită ideea că absenţa ciclului menstrual este o formă de "pază de sarcină", medicul de familie trebuie să explice clar lehuzei că activitatea ovariană se poate relua de la 25 zile post-partum. Nivelul crescut de prolactină, şi mai ales a vârfurilor de secreţie determinate de supt, teoretic asigură inhibarea producerii de FSH. Dar răspunsul acesta scade în câteva săptămâni, şi chiar dispare la 3 luni postpartum, chiar dacă alăptarea continuă.

Se evaluează la 1-5% riscul aparitiei unei sarcini la persoane cu amenoree de lactaţie, chiar în condiiile unui program de alăptare riguros.

In atari condiţii, o discuţie despre metodele contraceptive aplicabile în post-partum se impune.

Contracepţia cu pilulă

a) Dacă femeia nu alăptează, se poate prescrie o pilulă estro-progestativă din a 25-a zi după naştere, în condiţiile respectării regulilor generale de folosire ale acestei metode.

b) Dacă femeia alăptează, pilula estro-progestativă este contraindicată din mai multe motive:

- efectul etinil-estradiolului care trece în laptele matern, chiar dacă nu este evident imediat, poate da consecinţe importante la distanţă (vezi cazul dietil-stilbestrolului, care administrat la mamă determină carcinom cervical cu celule clare la fetiţe după decenii)
- estrogenii scad producţia de lapte- ca dovadă şi utilizarea lor în ablactare

- complicaţiile trombembolice pot fi mai frecvente în situatia particulară hemo-dinamică a lehuzei
- Există şi contraargumente la aceste afirmaţii:
- nu s-au constatat efecte de tip estrogenic la sugari- cel mult o ginecomastie reversibilă
- efectul asupra secreţiei lactate nu se mai manifestă la peste 2 luni de alăptare
- riscul de tromboză este maxim în primele 10-14 zile postpartum, deci înainte de administrarea pilulei (cel mai devreme din ziua a 15-a)

Totusi, din aceste considerente, se preferă în general evitarea contraceptiei estro-progestative la femeile care alăptează.

Rămâne însă posibilitatea prescrierii de micropilulă progestativă pe perioada alăptării. Aceasta trebuie începută încă din spital, sau din a 25-a zi postpartum, şi se continuă pe toată durata alăptării. In formele cu 21 pilule pe folie, se recomandă administrarea neîntreruptă, fără pauză deci, a micropilulei, tinand cont de amenoreea de lactaţie. In formele conditionate cu ultimele pilule cu fier (de exemplu Exluton) se administrează de asemenea o pilulă pe zi.

Nu trebuie uitată şi metoda contraceptiei progesteronice injectabile. Preparatele de medroxi-progesteron acetat în formă depot nu dau fenomene secundare importante la copil, deşi trec în concentraţii relativ mari în lapte.

Un dezavataj al contraceptiei progesteronice, care determină unele paciente să renunţe după primele trei luni, când alte metode pot fi folosite, sunt sângerările neregulate. De obicei reduse cantitativ ("spotting"), pentru micropilule, acestea sunt mai supărătoare pentru contraceptivele injectabile. Desi nu au alte consecinţe, pacientele trebuie avertizate asupra acestor efecte adverse.

Sterilizarea tubară

Ea poate fi realizată prin minilaparotomie în a doua zi postpartum, sau la distanţă de 2-3 luni prin celioscopie.

Alte metode de contraceptie în lehuzie:

a) Metodele naturale (a calendarului, a temperaturii bazale, sau metoda mucusului cervical) nu pot fi folosite în lehuzie

b) Metodele mecanice de barieră- se recomandă exclusiv utilizarea prezervativului. Diafragmul nu prezintă siguranţă, datorită involuţiei fiziologice a părţilor moi (inclusiv vagin) în lehuzie, înainte de 6 săptămâni.

c) Dintre spermicide, cele pe bază de clorură de benzalconiu pot fi utilizate fără probleme, dar pentru nonxinol s-au găsit mici doze în laptele matern, deci nu este recomandat. Asocierea unui spermicid cu utilizarea prezervativului pare metoda cea mai lipsită de efecte secundare, dar acceptabilitatea metodei este relativ redusă.

d) Aplicarea unui sterilet imediat după naştere determină expulzia acestuia în 20% din cazuri. De aceea, se recomandă punerea unui sterilet abia la peste 6-8 săptămâni postpartum, bineînţeles în conditiile utilizării altei metode până atunci.

Examenul postnatal

Recomandat de unii autori, acesta constă în reevaluare de specialitate efectuată în primele 2 luni postpartum. Obiectivele acestei reexaminări ar consta în:

- verificarea revenirii la starea fiziologică pre-natală a organismului matern
- identificarea sau clarificarea unor eventuale anomalii în evoluţia lehuziei
- efectuarea unui frotiu CD şi aprecierea eventualelor defecte de continentă urinară sau anală
- adaptarea contracepţiei şi planificarea unei noi sarcini

Protocolul de examinare cuprinde:

- interogatoriul: precizarea complicaţiilor apărute în timpul sarcinii a nasterii şi a lehuziei, evaluarea alăptării, studiul complianţei la urmărirea post-natală- în special la igiena în lehuzie, şi la contraceptie
- examenul general: determinarea TA, puls, starea peretelui abdominal, a stării genrale şi reechilibrării post-partum
- examenul ginecologic, cu accent asupra stării părtilor moi, şi a stării colului post-partum.

De regulă, această evaluare se face la medicul de specialitate, şi se recomandă ca pacienta să revină după o evaluare completă din partea medicului de familie. Specialistul obstetrician va putea astfel trimite recomandările sale către colegul său generalist, iar ulterior, monitoriyarea va fi continuată doar de acesta din urmă.

Lehuzia patologică

Lehuzia imediată: hemoragia

- Aceasta se poate produce prin:
  - atonie uterină
  - resturi placentare
  - soluţii de continuitate a canalului moale
  - tulburări de coagulare
- Diagnostic: pierderea de sânge (cel mai frecvent sub formă de cheaguri, brun, mai rar lichid şi roşu) poate fi însoţită de instalarea şocului la > 1000 ml sânge pierduţi şi semne de anemie acută. Pacienta are un puls slab, deseori filiform, şi TA care scade de la o examinare la alta. Starea generală se alterează progresiv, peste astenia post-partum se instalează o diminuare a reactivităţii ce poate ajunge până la obnubilare, iar ulterior, pacienta poate prezenta semne de coagulare vasculară diseminată şi alterarea gravă a stării de conştienţă.
- Tratament:

a) profilactic: Prevenirea se face încă din timpul sarcinii, prin:

- depistarea GROC
- tratamentul anemiei
- tratamentul disgravidiei trim. III
- depistarea coagulopatiilor
- corectarea tulburărilor de dinamică

La aceasta se adaugă:

- asistenţa corectă a naşterii, cu evitarea hiper- sau hipotoniilor
- controlul părţilor moi post-partum
- monitorizarea maternă

b) curativ:

Tehnicile clasice de combaterea a relaxării uterine, mai ales la multipare, prin "stimularea" abdominală a uterului sau punga cu gheată, nu trebuie să substituie intervenţia activă, cu administrare de ocitocice (oxitocină 5 UI în 500 ml glucoză 5%) sau uterotonice (Ergomet 1-2 fiole intramuscular, sub controlul cresterii TA). In final, manevrele obstetricale, cu controlul cavităţii uterine şi/ sau meşarea intrauterină poate fi o soluţie temporară de oprire a hemoragiei.

Dintre măsurile ce trebuie avute în vedere amintim:

- reanimarea +hemostaza provizorie (inclusiv prin compresiunea aortei abdominale, posibilă datorită relaxării deosebite a peretelui abdominal post-partum)
- oxitocin şi/sau ergomet, masaj extern uterin sau combinat cu masajul pe pumn intrauterin
- meşarea intrauterină (mai ales) şi vaginală
- gheaţă pe abdomen
- control manual/ instrumental cu chiuretă boantă a cavităţii uterine
- sutura părţilor moi
- în cazurile la care hemoragia nu cedează prin metode conservatoare, se poate practica histerectomia de hemostază

De asemenea, măsurile generale de combaterea a şocului hemoragic, în primul rând reechilibrarea hemodinamică trebuie instituită de urgenţă.

Lehuzia propriu-zisă şi tardivă

Infecţia puerperală:

= infecţie în lehuzie, cu poarta de intrare genitală - în esenţă este vorba de plaga placentară, dar pot fi şi leziuni spontane sau iartrogene la nivelul colului, vaginului sau vulvar.

- Forme:

a) localizate:

- inf. genitale joase (vulvita, vaginită, cervicită). Predomină semnele inflamatorii locale, în timp ce semnele generale sunt discrete. Consecinta poate fi dehiscenţa suturii episiotomiei, desfacerea completă a acesteia, sau incontinenţa anală. Prevenţia se face prin antibioterapie profilactică în prima săptămână după naştere, dacă au existat leziuni de părţi moi.
- inf. genitale înalte: endometrita. Se caracterizează clinic prin ascensiune febrilă moderată, dureri hipogastrice, lohii modificate la culoare sau chiar fetide franc, deşi poate fi şi retenţie de lohii. Examenul local arată uter mare, sensibil, înmuiat difuz sau pe una din laturi.

Tratamentul priveşte antibioprofilaxia uzuală, rareori necesitând asocieri mai agresive (de tipul ampicilină-gentamicină- metronidazol). In

cazul retenţiei de lohii, simpla redresare a uterului, şi dilatarea usoară poate fi suficientă; dacă nu, se poate plasa un tub de dren intrauterin.

Forme particulare de endometrită sunt:

- endometrita hemoragică: apare în a doua săptămână după naştere, cu puţine semne infecţioase, dar care trebuie observate, pentru a institui o protecţie antibiotică înainte de efectuarea unui control al cavităţii uterine.
- metrita parenchimatoasă puerperală, formă gravă prin extensia parietală a infecţiei, poate evolua spre abces sau gangrenă cu anaerobi

b) propagate:

Este vorba de:

- anexite propagate de la o endometrită sau primitive. Se manifestă cu febră, dureri acute sau cronice, şi eventual aparitia unei anexe palpabile la examenul digital (la instalarea piosalpinxului). Tratamentul antibiotic precoce şi prelungit, cu antibiotice de spectru larg, şi care să acopere anaerobii (metronidazol, clorocid) poate jugula atingerea anexială; dacă nu, există riscul propagării de vecinătate.
- celulita pelvină- consecinţă unui proces insuficient sau tardiv tratat, poate duce la explorări diagnostice repetate
- pelviperitonita acuă, cu dureri difuze abdominale joase şi fenomene generale asociate. Forma abcedată altădată frecvent întâlnită- abcesul Douglasului, a devenit o raritate odată cu utilizarea largă a antibioticelor.

c) generalizate:

- peritonita, complicaţie rară a infecţiei puerperale, este astăzi bine controlată de antibioterapie precoce.
- septicemie
- tromboflebite puerperale (la nivelul membrului inferior, sau pelvină). Consecinţa o reprezintă focare de septicopioemie, cu descărcări periodice şi episoade febrile intermitente. Diagnosticul topografic se pune mai ales cu ajutorul tehnicilor imagistice. Tratamentul cuprinde heparinoterapie în doze hipocoagulante şi antibioterapie corespunzătoare germenului izolat din hemoculturi, sau

de spectru larg. Rareori este necesară excizia chirurgicală a focarului

- ale sânului (fisuri, limfangită, mastita).

Hemoragia

Se poate produce prin:

- retenţia placentară
- retenţie lohii
- necroza tranşei uterine pe tranşa cezariană
- escare după leziuni canal moale

Nu trebuie uitată endometrita hemoragică, cu semne infectioase eclipsate de cele hemoragice, sau atrofia endometrială printr-un dezechilibru estrogenic, caz în care tratamentul estro-progestativ poate ameliora simptomatologia.

Amenoreea în postpartum

Se consideră că se poate pune acest diagnostic dacă ciclurile nu au revenit la 3 luni după naştere, la femeia care nu alăptează, respectiv la peste 5 luni sub lactaţie. Cauzele pot fi:

- anovulatie ovariană sau hipofizară- caz în care curba termică este plată
- sinechia uterină după un control instrumental al cavităţii uterine, sau o nouă sarcină, dacă curba termică nu are aspectul uzual bifazic.

Alăptarea

Frecvenţa alăptării naturale variază după factori individuali (anatomici, psihologici) dar şi după condiţiile socio-economice şi culturale.

In timpul sarcinii au loc modificările care pregătesc glanda mamară pentru lactaţie, prin modificările anatomice (dezvoltarea canalelor şi acinilor glandulari), secreţia hormonală (estradiol, progesteron) iar la naştere scăderea brutală a acestora din urmă defrenează secreţia de prolactină.

Urmare a acţiunii prolactinei, creşte seceţia lactată, şi se prodce congestia sânilor, răspunzătoare de senzaţia de discomfort şi de fenomenele de “furia laptelui”.

a) Angorjarea mamară:

Punerea copilului rapid la sân va declanşa secreţia de oxitocină, cu contracţia celulelor mioepiteliale şi ejecţia colostrului iar ulterior a lapte-

lui. Dacă suptul nu este correct şi complet, laptele se acumulează, supradestinde alveolele şi produce angorjarea mamară.

Clinic:

- sâni duri, dureroşi
- ascensiune termică până la 38 grade
- inconfort şi dureri mamare în cele 2-4 zile urmând naşterii

Tratamentul:

- corectarea poziţiei la alăptare
- exprimarea manuală a sânilor, după umezirea cu apă caldă, înainte sau după alăptare
- injecţia i.m. de 2 UI de oxitocină înaintea alăptării
- aplicarea locală de pastă decongestionantă, sau comprese reci, în forme mai severe

Ablactarea, dacă este necesară, se face prin:

- bandaje strânse pe sâni
- antiinflamatoare nesteroidiene (nu aspirina, care creşte riscul de hemoragie postpartum)
- sevraj medicamentos: bromocriptina în doze crecânde de la ½ cp x 2/zi la 1 cp x 2/zi. Preparatul se administrează în timpul mesei, sub controlul TA. Se contraindică fumatul în cursul tratamentului.

b) Fisurile mamelonare

Sunt legate şi de caracteristicile pielii în zona mamelonară, dar mai ales de tehnica de alăptat. Ele apar după supt, şi pot determina dureri; se pot compica cu infecţii când ating extremitatea unui canal galactofor, şi pot determina abandonul alăptării

Profilaxia lor priveşte:

- poziţia adaptată şi confortabilă la supt pentru mamă şi pentru făt
- igiena corectă a mamelonului înainte şi după naştere

Tratamentul priveşte:

- suspendarea temporară a alăptării, şi utilizarea altor metode de extracţie a laptelui
- ştergerea şi uscarea mameloanelor
- menţineea cât mai mult a sânilor descoperiţi
- aplicarea unui unguent cicatrizant (BepantenTM etc)

c) Limfangita non-infecţioasă

Apare în angorjarea importantă, cu supradistensia alveolară, şi resorbţia unor componente ale laptelui în circulaţia limfatică. Se manifectă local prin:

- sâni măriţi de volum
- adenopatie axilară homolaterală dureroasă
- febră 39-40 grade

Laptele nu este infectat.

Tratamentul:

- antibiotic activ pe germeni gram pozitivi (mai ales stafilococ)
- aspirină pe cale generală, şi anti-congestiv local (pastă cu apă)
- întreruperea lactaţiei, deşi tradiţional prescrisă, nu pare a fi justificată în lipsa semnelor infecţioase (abces de sân)

d) Abcesul de sân

Poate fi consecinţa unei galactoforite rezultată din contaminarea unei fisuri mamelonare, sau unei limfangite. Cel mai frecvent este implicat stafilococul ca germene.

Diagnosticul:

- în stadiul de galactoforită: febră, masă indurată imprecis delimitată în sân
- în stadiul de colecţie, masa devine fluctuantă, cu durere pulsatilă. In dubii, ecografia şi puncţia pun diagnosticul
- formele neglijate progresează spre flegmon, simulând o mastită carcinomatoasă: sân dur, mărit, edemaţiat, cu pielea suprajacentă în "coajă de portocală". Puncţia extrage puroi sau polinucleare.

Tratamentul:

- în stadiul de galactoforită:
- laptele este contaminat. Se administrează antibiotice antistafilococice, care în doze suficiente pot preveni evoluţia spre abces.
- În stadiul de colecţie:
- Evacuarea chirurgicală. Administrarea exclusivă de antibiotice va determina evoluţia spre o formă subacută de tip flegmon, sau abces cronicizat multilocular
- Se contraindică alăptarea

Tulburările psihologice în postpartum

Deşi mecanismul nu este bine cunoscut, în post-partum se înregistrează o crestere importantă a tulburărilor psihiatrice- de circa 5 ori.

Psihologii au descries un conflict potnţial la mame între :

- dorinţa de sarcină- în care se combină senzaţia de împlinire feminină cu idealizarea viitorului copil
- sentimentul matern, grevat psihologic de fenomenul înlocuirii « copilului ideal » cu cel « real ». Aici orice abatere de la modelul creat în subconştientul gravidei poate crea conflicte, angoase, care se sumează la primipare şi cu frica de a nu fi "la înălţimea" misiunii de mamă.

S-au descris cel putin trei entităţi psihopatologice mai frecvente:

a) depresia imediată post-partum ("baby-blue syndrome")

Este un termen care se referă la pasajul rapid între stări de tristeţe cu nuanţă depresivă, şi exaltare nepotrivită, care apar pe un fond de labilitate emoţională în cea de a treia zi post-partum, dar oricum nu mai târziu de 10 zile în lehuzie.

De fapt, manifestările grupate sub acest nume pot fi destul de diverse, de la cele amintite mai sus la iritabilitate faţă de străini (inclusiv personalul medical), oboseală extremă, anorexie, cefalee persistentă, etc. Ele apar în proporţii variabile, de la 5-18% din lehuze, şi ar avea un determinism plurifactorial, în care intervin:

- antecedente de stări psihotice sau psihopatii
- condiţii deficitare socio-economice
- lipsa de suport familial
- scăderea nivelului de prolactină şi/sau progesteron

Durata fenomenelor variază între ore si zile, şi dispar de regulă fără consecinte mai severe.

b) Depresia tardivă post-natală

Se distinge prin aspectul mai constant melancolic-depresiv al simptomatologiei, şi lipsa apariţiei pe fondul unei labilităţi emoţionale. Debutul este mai tardiv (de la 15 zile la 3 luni), iar consecinţele la distanţă mult mai severe, inclusiv pentru psihoza infantilă cu debut precoce.

c) Psihoza post-partum

Se caracterizează prin episoade delirante polimorfice, cu aspect confuzional, hipertimic, deseori cu delir de persecuţie, şi cu evoluţie fluctuantă. Ele apar în 80% în primele 15 zile, şi au risc însemnat suicidar şi

pruncucidar. Incidenţa este greu de apreciat, evaluîndu-se la 1-3% din naşteri.

Evoluţia este favorabilă, dar există riscul recidivei la următoarele sarcini. Tratamentul e specific, cu anti-depresive şi neuroleptice, încercându-se şi tratmente patogenice cu bromocriptină (pentru scăderea prolactinei), sau estro-progestative (presupunându-se un dezechilibru hormonal).

Dintre preparatele specifice, amintim:

- benzodiazepinele: deşi nu sunt contraindicate în timpul sarcinii, tratamentul prelungit trebuie evitat, sau limitat prin asocierea de măsuri adjuvante. Astfel, benzodiazepinele potenţează efectul antidepresivelor. Se preferă ca preparate cele cu durata de acţiune medie: alprazolam (Xanax TM), bromazepam, oxazepam, în faţa celor cu acţiune lungă (diazepam); un alt preparat recomandat de unii autori este buspirona (spitomin 5mg TM)
- carbamate: cuprind hipnotice sau antihistaminice; pot avea efecte secundare şi potenţeaza psihotropele- de aceea ar trebui evitate pe sarcină
- neurolepticele: sunt prescrise în stări de agitaţie acută, incluse în terapii psiho-terapeutice. Efectele secundare importante (neurovegetative, extrapiramidale, hipoTA etc) trebuie cunoscute. Sulpirida (dogmatil TM) se recomandă şi în vărsăturile de sarcină
- butirfenonele (Haloperidol) sunt de referinţă pentru episoadele delirante; droperidolul este medicament de urgenţă în crize de agitaţie extremă în sarcină şi lehuzie
- antidepresivele triciclice sunt formal contraindicate pe sarcină.
- Tratamentul cu carbonat de litiu nu este recomandat în sarcină decât în situaţii severe de psihoză maniaco-depresivă. El trebuie evitat pe toată sarcina, şi mai ales în primul trimestru, când poate fi înlocuit cu carbamazepina. Alăptarea nu este de asemenea indicată.

CAPITOLUL 14

DISTOCIA OSOASĂ

Bazinul viciat este bazinul care determină o distocie osoasă prin modificarea dimensiunilor formei şi înclinaţiei sale.

Clasificare

Nici una din clasificări nu este satisfăcătoare, cea mai utilă fiind o dublă clasificare anatomică şi etiologică, însă în ultimii ani a apărut o nouă patologie de bazin, prin accidente rutiere, iar unele etiologii au devenit rarisime sau nu se mai întâlnesc în practică (bazin rahitic, osteomalacic, bazinul Neagele etc).

Clasificarea anatomică se face după raporturile dintre principalele diametre ale bazinului şi se referă la:

- bazine simetrice;
- bazine asimetrice.

Bazinele îngustate simetric

Aceste deformaţii sunt cele mai frecvente. Sunt bazine unde unul din diametre este mai mic decât normal. Clasic aceste îngustări afectează mai ales strâmtoarea superioară, şi ele se clasifică în:

- bazinul aplatizat unde diametrul antero-posterior al strâmtorii superioare este sub 10,5 cm, iar diametrele transversale sunt normale sau mai mari;
- bazinul transvers îngustat are diametrul transvers median sub 12,5 cm, iar cel antero-posterior normal sau mai mare;
- bazinul în general îngustat se caracterizează prin scăderea dimensiunilor tuturor diametrelor, dar diametrul antero-posterior este cel mai redus;
- bazinul aplatizat şi în general strâmtat şi bazinul transversal şi în general strâmtat se caracterizează prin reducerea di-

mensiunilor tuturor diametrelor, cu predominanţa unuia dintre ele.

De multe ori însă, se pot asocia sau pot fi izolate, îngustări a strâmtorii mijlocii sau inferioare, ceea ce presupune completarea acestei clasificări:

- la excavaţie, bazinul inelar şi cel canalicular;
- strâmtoarea mijlocie poate fi îngustată mai ales la diametrele transversale;
- strâmtoarea inferioară poate fi mărită sau micşorată (bazinul în pâlnie);

Bazinele simetrice corespund:

- luxaţiei congenitale bilaterale de şold;
- bazin cifotic, rahitic, transvers îngustat, osteoma-lacic, bazinul lui Robert.

Bazinele asimetrice

Sunt bazinele unde diametrul sacro-cotiloidian este mai mic de 9 cm. Ele sunt mult mai rare, iar după gradul asimetriei se împart în:

- asimetrie uşoară, unde diametrul sacro-cotiloidian este de 8 - 9 cm, iar între diametrele oblice este o diferenţă de 1 - 2 cm.
- asimetrie medie, cu diametrul sacro-cotiloidian de 7 - 8 cm, iar diferenţa dintre diametrele oblice este de 2 - 3 cm;
- asimetria severă, unde sacro-cotiloidianul este de 6 - 7 cm;
- asimetria forte, cu diametrul sacro-cotiloidian sub 6 cm, iar diferenţa dintre diametrele oblice este de peste 3 cm.

Uneori asimetria este limitată la strâmtoarea mijlocie sau inferioară, respectând strâmtoarea superioară, ceea ce face dificilă clasificarea.

Bazinele asimetrice sunt determinate de:

- luxaţia congenitală unilaterală de şold;
- coxalgie, poliomielită, scolioză, atrezia pelvină (bazin Neagele).

Clasificarea dimensională şi morfologică

Clasificarea dimensională a bazinelor viciate

- canal dur strâmtat limită, cu diametrul util între 9 -10,5 cm;
- canal dur strâmtat gradul I, cu diametrul util între 9 - 7 cm;
- canal dur strâmtat gradul II cu diametrul util sub 7 cm.

Clasificarea morfologică

Clasificarea lui Caldwell şi Moloy: distinge patru tipuri de bazin:

- ginecoid, considerat bazinul normal;
- android, unde diametrul transvers median este cu cel puţin 2 cm mai mic decât diametrul maxim;
- antropoid, caracterizat prin scăderea diametrului transvers al strâmtorii superioare, mijlocii şi inferioare şi creşterea diametrelor antero-posterioare;
- platipeloid caracterizat prin scăderea diametrelor antero-posterioare, arcada pubiană largă, pereţii ex-cavaţiei îngustaţi inferior, scobiturile sciatice reduse.

Studiile au arătat însă că nu există practic o corespondenţă a bazinelor viciate, de multe ori fiind forme atipice (de fapt asocieri).

Clasificarea Thoms se bazează pe raportul matematic care există între diametrul promonto-pubian minim şi transvers maxim al strâmtorii superioare.

- bazin dolicopelic cu diametrul transvers mic şi cel promonto-pubian mai mare;
- bazin mezatipelic, unde cele două diametre sunt egale;
- bazin brahipelic, cu diametrul transvers mai mare;
- bazin platipelic, unde diametrul transvers este mai mare cu 3 cm.

Etiologia şi patogenia distociei osoase

Bazinul osos poate suferi alterări în fiecare stadiu de dezvoltare, ceea ce arată importanţa legii vârstei la care apar leziunile. Bazinul capătă configuraţia normală în jurul vârstei de 16 ani.

Deci, bazinul poate suferi modificări în cursul vieţii intrauterine (anomalii congenitale), sau în primii ani de viaţă, fiind descrise două tipuri de modificări:

- cele ce acţionează direct pe unul din elementele constitutive;
- cele legate de o afecţiune generală.

Anomalii de dezvoltare

Anomaliile de dezvoltare a sacrului:

- agenezia sacro-coccigiană;
- agenezia aripioarelor sacrate unilaterală (bazin Neagele) sau bilaterală (bazin Robert);

- asimilarea şi dezasimilarea, sunt anomalii numerice ale coloanei sacrate. Asimilarea este o afecţiune ereditară, rezultând dedublarea promontoriului.

Anomalii de dezvoltare a simfizei: bazinul despicat şi sinostoza congenitală a simfizei.

Anomalii de dezvoltare a coxalului realizează protruzia acetabulară.

Anomalii ale bazinului prin boli distrofiante sau prin leziuni de vecinătate

- Distrofii: nanismul (determină un bazin în general strâmtat sau aplatizat), osteomalacia, rahitismul;
- Leziuni vertebrale: lordoza, cifoza, scolioza; Cifoza induce o lărgire a strâmtorii superioare mai ales în sens transversal şi o strâmtorare a strâmtorii inferioare, iar scolioza determină o proiecţie anterioară a promontoriului;
- Viciaţii secundare unei leziuni a aparatului locomotor. Dacă membrele inferioare sunt inegale ca lungime, rezultă claudicaţia, iar jumătatea de bazin corespunzătoare membrului bun suferă un exces de presiune care antrenează o deformaţie a bazinului. Aceste viciaţii apar în caz de genu-valgum unilateral, paralizie infantilă sau luxaţie congenitală de şold.

Mecanismul naşterii în bazinele viciate

Acesta va fi expus separat pentru viciaţii simetrice, asimetrice şi în unele forme atipice.

Mecanismul de naştere în deformaţiile simetrice

Bazinul aplatizat cuprinde două deviaţii: bazinul aplatizat pur şi bazinul aplatizat şi în general strâmtat.

- Bazinul aplatizat pur: diametrele transverse ale strâmtorii superioare sunt mai mari. Angajarea se face în diametrul transvers median capul fetal fiind în atitudine intermediară, angajarea făcându-se în sinclitism. în funcţie de gradul aplatizării, angajarea se poate face în diametrul oblic (aplatizare moderată) sau în asinclitism (aplatizare mare). Coborârea este uşoară, iar degajarea se efectuează fără dificultăţi.

- Bazinul aplatizat şi în general strâmtat este bazinul rahitic, caracterizat prin scăderea tuturor diametrelor strâmtorii superioare, dar mai ales a diametrului antero-posterior. Angajarea este diferită după forma arcului an-

terior: dacă acesta este bun, angajarea se face în transvers, în uşoară semiflexie, având loc un mecanism special: dedublarea promon-toriului de către o bosă parietală. Coborârea poate fi jenată de leziunile rahitice, iar acest timp se face cu o hiperflexie secundară, degajarea fiind normală.

Bazinul transversal strâmtat angajarea se face în diametrul antero-posterior sau oblic. Coborârea este jenată de o îngustare transversală a excavaţiei, nu se însoţeşte de rotaţie internă. Degajarea este dificilă, uneori în O.S.

***Bazinul transversal şi în general strâmtat*.** Angajarea depinde de dimensiunile părţii utilizate şi se efectuează în diametru oblic sau transvers. Coborârea poate fi dificilă, fiindcă curbura sacrată este puţin accentuată, iar degajarea este dificilă datorită arcadei pubiene.

***Bazinul în general strâmtat*.** Angajarea se face în diametrul oblic cu flexie accentuată. Coborârea presupune o rotaţie precoce, însă progresia poate fi oprită prin anclavarea capului fetal. Degajarea se face cu o flexie puternică.

Mecanismul de naştere în viciaţii simetrice ale strâmtorii inferioare

***Bazinul în pâlnie*.** Strâmtoarea superioară este normală sau mai mare, însă excavaţia se îngustează, obstacolul fiind la strâmtoarea inferioară.

În aceste tipuri de bazin, angajarea şi coborârea este uşoară însă degajarea este dificilă.

Degajarea se poate efectua în OP sau OS. Frecvent degajarea se face în OP, pentru aceasta capul fetal va suporta o flexie şi o coborâre accentuată, cât şi o mişcare de asinclitism a parietalelor.

Mecanismul de naştere în bazinele asimetrice

Angajarea, în bazinele cu asimetrie uşoară, se poate face în diametrul transvers, sau în unul din diametrele oblice, în asimetria medie angajarea se face în diametrul oblic stâng sau transvers, iar în asimetria mare, angajarea se efectuează în diametrul oblic cel mai scurt. Coborârea este jenată la o asimetrie mare, iar degajarea este dificilă, atipică (pentru feţii de volum mic).

Diagnosticul clinic şi imagistic al viciaţiilor pelvine

Depistarea distociilor osoase pelvine se va efectua sistematic la primipare şi multipare a căror antecedente obstetricale nu sunt concludente.

Viciaţiile pelvine sunt diagnosticate în două etape:

- de depistare, prin examen clinic;
- de precizare, prin explorarea canalului osos.

Depistarea (diagnosticul de prezumţie) Interogatoriul va preciza: modul de alimentare, durata alăptării, evoluţia mersului, vârsta la care au apărut leziunile, numărul de sarcini, evoluţia, durata travaliului, viabilitatea fetală.

Inspecţia se va efectua obligator culcat şi în picioare, un reper important fiind examinarea mersului.

Examenul obstetrical are semnificaţie mai ales în ultimele săptămâni de sarcină. Se va căuta mai ales o debordare a simfizei (semn foarte important la primipare).

Diagnosticul de certitudine permite afirmarea existenţei unei viciaţii pelvine şi apreciază gradul acesteia. Acest diagnostic este furnizat de pelvimetria clinică şi imagistică asociat cu evaluarea dimensiunilor fetale ecografic. Examenul bazinului se va efectua sistematic în ultimul trimestru de sarcină şi în travaliu.

Prognosticul obstetrical în viciaţiile pelvine

Elementele de prognostic diferă la primipare sau multi-pare. La aceasta din urmă, antecedentele obstetricale au realizat o „probă de naştere" ce permite o concluzie asupra capacităţii bazinului, dar nu aduce elemente asupra calităţii muşchiului uterin.

Elementele de prognostic furnizate de antecedente:

Dacă gravida a mai avut naşteri pe cale naturală, fără incidente, se poate fixa un prognostic favorabil. Se va reţine însă greutatea feţilor la naştere. Atenţie însă, la marile multipare, unde datorită naşterilor frecvente, balansul sacro-coccisului (mişcările de nutaţie şi contranutaţie) poate fixa aceste oase într-o poziţie intermediară, făcând uneori dificilă angajarea. Dacă parturienta a prezentat naşteri distocice sau are uter cicatricial, prognosticul este nefavorabil.

Elemente de prognostic furnizate de examinare:

În urma examinării clinico-paraclinice a bazinului, rezultă două categorii de bazine viciate:

- bazinele chirurgicale, unde naşterea pe cale naturală este imposibilă. Estimarea unui astfel de bazin se face după elementele morfologice, etiologice şi aprecierea imagistică;

- bazinele limită, unde proba de naştere fixează modalitatea de naştere.

Elemente de prognostic furnizate de studiul strâmtorii superioare:

Strâmtoarea superioară este cheia marilor distocii. Pentru stabilirea unui prognostic, se va lua în considerare orientarea sa cât şi prezenţa unor deformaţii.

Orientare: când strâmtoarea superioară este înclinată peste 65°, pot apare distocii, frecvent degajarea fiind în OS.

Deformaţiile simetrice dau un procent al cezarienelor între 25 - 50%.

Pentru prognostic nu se va lua în considerare numai un diametru izolat, fiindcă de obicei apare o compensare prin alt diametru. Astfel s-a ajuns la noţiunea de indice al strâmtorii superioare, care se obţine adunând valoarea conjugatei vera cu a diametrului transvers median; sub 23 apare distocia.

Deformaţiile asimetrice: excluzând asimetriile uşoare, unde se poate accepta naşterea naturală, în celelalte tipuri de asimetrii operaţia cezariană se impune.

Elemente de prognostic furnizate de studiul strâmtorii mijlocii şi inferioare:

Se referă la datele imagistice şi clinice.

Natura prezentaţiei: constatarea unei prezentaţii disto-cice (oblică, pelvină deflectată) la sfârşitul sarcinii, la care se asociază o distocie osoasă, impune efectuarea operaţiei cezariene.

Conduita în distociile bazinului

Conduita în distociile osoase impune trei eventualităţi:

- conduita la sfârşitul sarcinii (profilactică);
- conduita în timpul naşterii (proba de naştere);
- conduita de urgenţă.

Conduita la sfârşitul sarcinii

Teoretic sunt două atitudini: naşterea prematură programată, care însă a fost abandonată, şi cezariana profilactică.

Cezariana profilactică este singura terapie a viciaţiilor pelvine, fiind indicată în toate situaţiile unde naşterea pe căi naturale nu se poate efectua fără risc de traumatism materno-fetal.

Alegerea datei intervenţiei este foarte importantă: pentru majoritatea autorilor, data de 38 săptămâni este perioada optimă, căci acum fătul este matur iar greutatea sa este corespunzătoare. Alţi specialişti aşteaptă declanşarea spontană a naşterii pentru a efectua operaţia cezariană.

Indicaţiile cezarienei profilactice:

- distocia osoasă majoră;
- distocia osoasă asociată altei distocii: prezentaţie pelvină;
- antecedente obstetricale încărcate, după naşteri naturale: aplicaţie de forceps, morţi fetale prin traumatism obstetrical, suferinţă fetală;
- stare maternă patologică gravă: diabet zaharat, insulinodependent rău controlat, toxemie severă etc.

CAPITOLUL 15

DISTOCII ALE PĂRŢILOR MOI

Distocii vulvo-perineale

Acestea pot fi congenitale sau câştigate.

Cele congenitale apar la primipare şi sunt:

- persistenţa himenului (care poate genera o plagă vaginală sau perineală);
- infantilism genital;
- atrofie vulvo-perineală: dacă distanţa dintre simfiză şi anus este sub 6 cm apare riscul rupturii perineale.

Cele câştigate pot fi:

- inflamatorii (barholinită, foliculită);
- cicatriciale (obstetricale sau post rituale ca în excizia clitorisului);
- tumorale: chist de glandă Bartholin, lipom, varice vulvare, condiloame sau cancer vulvar.

Conduita în distociile vulvo-perineale constă în efectuarea episiotomiei urmată de naşterea naturală sau cezariana.

Distociile vaginale

Cele congenitale sunt reprezentate de septuri care pot fi sagitale (complete sau incomplete) sau transversale (unice sau multiple). Uneori ele se asociază cu o malformaţie uterină (uter dublu). De multe ori ele permit naşterea naturală.

Alte forme rare de distocii sunt hipoplazia vaginală sau aplazia vaginală operată.

Distociile vaginale câştigate sunt organice sau funcţionale.

Distociile organice sunt cicatriciale, tumorale, prolapsul vaginal.

Cele funcţionale sunt reprezentate de vaginism (contractura muşchilor pelvini şi perineali) care cedează sub anestezie peridurală.

Distociile cervicale

Acestea pot fi:

- funcţionale determinate de o anomalie a contrcţiilor uterine;
- organice:
  - pe col cicatricial (posttraumatice), după diatermocauterizare, conizaţie, crioterapie, electrorezecţie, cerclaj;
  - pe col necicatricial. Acestea pot evolua pe col patologic (aglutinarea colului, obliterarea fibroasă, edem de col, rigiditate spasmodică, sacularea colului).

Distocii datorate unei patologii uterine:

- tumori (fibrom uterin, cancer de col);
- malpoziţii uterine: retroversia;
- malformaţii uterine: hemiuter previa, uter unicorn, pseudounicorn, bicorn bicervical, utere cloazonate.

Distocii prin leziuni anexiale :

- tumoră chistică sau solidă de ovar;
- hidrosalpinx.

Distocii datorate organelor vecine prin:

- rinichi pelvin;
- chist hidatic;
- tumoră digestivă, neurologică, osoasă.

Distocii determinate de făt mare

Fătul mare este considerat fătul cu greutate peste 4500 gr..

Această distocie e caracteristică marilor multipare sau în unele afecţiuni (obezitate, diabet zaharat, lues, etc.)

Riscul la aceşti feţi este la naşterea umerilor, care se blochează la strâmtoarea superioară după degajarea capului.

Conduita constă în practicarea cezarienei sau a unor manevre (Jacquemier) traumatizante.

Distocii prin malformaţii fetale cu exces de volum localizat:

- malformaţii cranio-cefalice:hidrocefalia, meningo-encefalocel;
- chişti brahiali;
- rinichi polichistic congenital, ascită fetală;
- leziuni tumorale sacro-coccigiene.

CAPITOLUL 16

ELEMENTE ALE NAŞTERII PATOLOGICE

PLACENTA PRAEVIA

Placenta praevia reprezintă inserţia placentei la nivelul segmentului inferior care se manifesta după 28 de săptămâni de gestaţie, când începe să se formeze acesta. Înainte de acest termen, localizarea joasă a placentei este desemnată cu termenul de placentă jos inserată.

Frecvenţa este între 0,5-2,6% din sarcini fiind diferită după criteriile clinice adoptate, metodele de diagnostic, varietate topografică. Practic formele semnificative anatomo clinic sunt doar cele cu locaţie joasă în trimestrul III de sarcină şi de aceea placentele jos inserate din trimestrul II trebuie monitorizate dar nu sunt toate periculoase.

Etiologie

Factori favorizanţi:

- Multiparitatea – reprezintă 90% din cazuri
- Vârsta mamei peste 35 ani
- Afectarea calităţii implantaţiei normale:
  - Antecedente obstetricale patologice: avorturi, chiuretaje
  - Manevre uterine la alte naşteri (versiuni, extracţie)
  - Cicatricile uterine şi leziunile endometriale: uterul cicatricial post cezariană (risc dublu)
  - Antecedente de placentă praevia (risc dublu)
  - Sarcina gemelară
  - Malformaţii uterine, fibrom submucos, hipoplazie endometrială

Clasificare anatomică

În funcţie de raporturile dintre marginea caudală de inserţie şi orificiul cervical intern se descriu:

- placenta praevia centrală care ocupă orificiul intern al colului
- placenta praevia marginală – marginea placentei atinge orificiul intern
- placenta praevia laterală – inserţia placentară la cel puţin 2 cm de orificiul intern.

Patogenie

Implantarea joasă a placentei se poate explica prin două ipoteze:

- o nidaţie primitivă a blastocistului datorită unui tranzit accelerat al oului sau o inserţie preferenţială pe o mucoasă alterată.
- implantarea joasă secundară prin extensia unei placente normal inserate iniţial (din sarcina multiplă, diabet).

După modalităţile de formare se descriu următoarele tipuri:

- placenta istmică primară care este rezultatul implantării directe a oului în regiunea istmică
- placentă istmică secundară - consecinţa implantării oului în regiunea superioară a uterului dar aproape de joncţiunea segmento-corporeală, placentaţia făcându-se ulterior spre segmentul inferior
- placentă capsulară (reflectată) unde există o persistenţă anormală a vilozităţilor coriale la nivelul deciduei capsulare
- placentă difuză (membranoasă) etalată, practic o variantă de placentă preavia secundară

Fiziopatologie

Mecanismul hemoragiei

- În timpul sarcinii:
  - în varietăţile marginală şi laterală, contracţiile fiziologice Braxton-Hicks care devin mai intense după 30 săptămâni vor decola marginea inferioară a placentei în momentul tracţiunii de membrane. La nivel corporeal suprafaţa mare membranoasă va amortiza creşterea presiunii însă la nivelul segmentului inferior presiunea se repartizează in-

egal şi contracţiile vor decola o regiune a placentei cu deschiderea sinusurilor venoase. În acest sens microtraumatismul local (raport sexual) creşte frecvenţa hemoragiilor antepartum.

- în varietăţile centrale există un clivaj între placentă şi miometru datorită unui asincronism de dezvoltare între segmentul inferior şi placentă.

– În timpul naşterii se produce o retracţie a segmentului care va decola progresiv placenta.

Originea hemoragiei poate avea două surse cu semnificaţie patogenică diferită:

– Sinusurile materne: placenta parţial decolată lasă deschise sinusurile materne care nu pot fi obstruate prin contracţia deficitară de la nivelul segmentului uterin

– Originea fetală: la decolarea unei margini placentare, ruperea unei vilozităţi poate da o hemoragie fetală în spaţiul intervilos producându-se un pasaj de hematii fetale în circulaţia maternă. O pierdere de 50 ml de sânge poate da moartea fătului. Se estimează că participarea fetală la hemoragie este de 4-10%.

Sângerarea din postpartum se datorează aderenţei anormale a placentei cu dificultatea efectuării clivajului dintre stratul compact şi spongios sau datorită retractilităţii reduse a segmentului inferior.

Simptomatologie

<u>În cursul sarcinii</u>

– Hemoragia apare în trimestrul III în 50-90% sau înaintea travaliului în 70% cazuri. Episodul iniţial nu ameninţă niciodată viaţa, simptomatologia cedând de regulă la repaus şi miorelaxante. Dacă hemoragia durează peste 5 zile, mortalitatea fetală se multiplică cu 5.

Abundenţa hemoragiei nu este în relaţie cu tipul de placentă praevia.

Hemoragia este indoloră, deşi în 10% cazuri poate exista o tensiune uterină.

– Semne generale asociate: alterarea stării generale, tahicardie, hipotensiune arterială.

- Examenul obstetrical evidenţiază un uter cu tonus normal, uneori prezentaţii distocice (humerală, pelvină), prezentaţia sus situată, neacomodată la strâmtoarea superioară (datorită prezenţei joase a placentei).

Obstetrica clasică descrie o zonă păstoasă între polul fetal şi peretele pelvin, care ar corespunde placentei.

EVV – obiectivează sursa endouterină a hemoragiei.

EVD sau TR nu se vor efectua decât în condiţii tehnice deosebite (în sala de operaţie) deoarece pot declanşa hemoragii cataclismice.

<u>În cursul naşterii</u>

- Hemoragia este un semn constant.
- Examenul clinic va determina 2 parametri: natura prezentaţiei şi varietatea anatomică a placentei praevia.
- Monitorizarea fetală va identifica semnele de suferinţă fetală.
- În cursul delivrării - hemoragia poate continua prin mai multe mecanisme:
  - Retenţia de cotiledoane aberante
  - Incompleta retracţie a segmentului inferior
  - Placenta accreta.

Diagnostic

- Clinic
  - Antecedente obstetricale: multipară, chiuretaje, cezariene
  - Caracterul hemoragiei: spontană, externă, nedureroasă, recidivantă, ce apare mai des noaptea
  - Uterul cu tonus normal
  - Vitalitatea fetală prezentă
- Paraclinic
  - examinarea fundamentală este echografia care va stabili sediul de inserţie a placentei, gradul de maturitate, distanţa până la orificiul intern al colului
  - aprecierea gravităţii hemoragiei (Hb, Ht)
  - eliminarea altor cauze: hipocoagulabilitate (trombocite, TC,TS , fibrinogen)
  - aprecierea viabilităţii fetale: cardiotocografia, biometrie fetală, scor biofizic.

Diagnostic diferenţial al hemoragiei:

- varice vulvare
- polipii de col
- cancer de col
- discrazii sangvine

Hemoragia din trimestrul II se va diferenţia de:

- avortul tardiv
- mola
- hematomul decidual bazal

Hemoragia din trimestrul III cu:

- ruptura uterină
- hematomul decidual bazal sau marginal
- hematomul retroplacentar
- ruptura unor vase ombilicale praevia

Conduita

Scopul tratamentului este oprirea hemoragiei şi reechilibrarea stării generale.

- În timpul sarcinii: revine rolul foarte important al consultaţiei prenatale şi definirea echografică a gravidelor la care placenta rămâne jos inserată după 28 de săptămâni.
  - Repaus la pat
  - Tocolitice, sedative
  - Monitorizarea stării fătului
  - Supravegherea clinico-biologică a importanţei hemoragiei
  - Evitarea EVD

În timpul sarcinii hemoragiile se pot opri, dar problema este incertitudinea evolutivă a cazului care impune expectativă şi monitorizare atentă.

La hemoragii reduse şi o placentă praevia marginală, naşterea poate evolua pe căi naturale.

În perioada de dilataţie se recomandă ruperea artificială a membranelor care va suprima tracţiunea asupra marginilor placentare iar compresiunea exercitată de capul fetal poate opri sângerarea.

În lehuzie, după delivrare se poate face un diagnostic retrospectiv, apreciind distanţa între limita membranelor rupte până la inserţia pla-

centară (normal 10 cm, în placentă praevia sub această valoare). Această perioadă poate fii intens hemoragică, manevrele obstetricale nefiind specifice placentei praevia (control manual / instrumental, meşarea cavităţii uterine, medicaţie uterotonică).

În alegerea căii naturale de naştere se va ţine cont în primul rând de gravitatea hemoragiei, vârsta gestaţională, starea fătului, prezentaţie.

Operaţia cezariană se impune în primul rând în scop matern, în caz de hemoragii mari.

Intervenţia este o urgenţă obstetricală care se va efectua sub anestezie generală. Practic operaţia cezariană este tratamentul cel mai eficient al placentei praevia, fiind aplicat în 75-80% din cazuri.

Tehnica va fi cea mai simplă şi rapidă, optându-se pentru abord prin laparotomie mediană; în inserţiile placentare anterioare se va trece transplacentar pentru extracţia fătului. Uneori după decolarea placentei sângerarea persistă ceea ce impune o hemostază a patului placentar. În caz de continuare a hemoragiei este necesară histerectomia de hemostază.

În lehuzie se pot instala endometrita sau tromboflebitele pelvine.

Prognostic

Matern

Mortalitatea maternă (0,37% - 1,5%) se datorează şocului hemoragic şi infecţiei.

Morbiditatea maternă este crescută prin anemie, complicaţii pulmonare, vezicale, tromboembolice.

În urma unor hemoragii masive se poate produce un spasm intens şi prelungit în vasele sistemului port hipofizar sau trombozarea acestora cu necroza lobului anterior pituitar care realizează sindromul Sheehan (de insuficienţă antehipofizară).

Fetal

Factorii de prognostic fetal sunt:

- Vârsta gestaţională, prognosticul fiind rezervat în cazul prematurităţii
- Precocitatea, recidiva, şi gravitatea sângerării materne
- Varietatea anatomică a placentă praevia
- Modalitatea de naştere

Prognosticul îndepărtat al copiilor este bun.

RUPTURA UTERINĂ

Definiţie

Ruptura uterină reprezintă soluţia de continuitate nechirurgicală a uterului gravid.

Frecvenţa variază de la 1% la 1%o în funcţie de gradul de dezvoltare a unei ţări.

Clasificare

- După momentul apariţiei:
  - În sarcinii
  - În timpul naşterii
- După starea uterului în momentul apariţiei ruppturii:
  - uter integru
  - uter cicatricial
- După extensia rupturii:
  - limitate (la segment, corp)
  - propagate (de la segment la corp)
- Topografic:
  - corporeale (10%)
  - segmentare (90%)
- Anatomo-clinic:
  - complete care interesează toate cele 3 straturi ale uterului cu hemoragie intraperitoneală
  - incomplete unde este respectată seroasa, localizate la nivelul marginilor uterului şi care determină formarea hematoamelor.

Etiologie

- În cursul sarcinii pot fi provocate. Acestea apar în urma unor traumatisme abdominale cu arme albe, accident auto, accidente casnice.

Spontane se produc adevăratele rupturi obstetricale. Ele survin pe un uter cicatricial: postcezariană, după miomectomie, implant tubar, operaţii plastice, sau pe utere infantile ori cu malformaţii

- În timpul naşterii se produc cele mai frecvente. Cauzele favorizante sunt:
  - Vârsta gravidei - are un rol important datorită modificărilor structurale ale uterului care apar după 35 ani. Deşi rupturile sunt mai frecvente între 20-35 ani (datorită numărului mare de naşteri la această vârstă) în frecvenţă absolută riscul este mai mare între 35-40 ani.
  - Paritatea: mai frecvent la multipare (2/3) iar în 70% la femeile cu peste 4 copii.
  - Mediul social: 70% din mediul rural, în contextul multiparităţii şi al factorilor defavorizanţi medico sociali
  - Antecedente obstetricale: multiparitatea, intervalul scurt dintre naşteri, travalii laborioase cu distocii, chiuretaje uterine multiple. Dar foarte importantă este prezenţa uterului cicatricial mai ales după o cicatrice corporeală mediană.
  - Factori obstetricali: tumori praevia, distocia de bazin, distocia de prezentaţie, făt mare, malformaţii.

În cursul naşterii pot exista rupturi uterine provocate (80%) prin:

- Administrarea excesivă de ocitocice
- Manevre obstetricale: versiunea internă, marea extracţie, aplicaţie de forceps, extracţia capului ultim, extracţia manuală a unei placente accreta.

Fiziopatologie

Au fost emise mai multe ipoteze asupra apariţiei şi evoluţiei clinice ale rupturilor uterine:

- Teoria uzurii perforante conform căreia peretele uterin este compresat între prezentaţie şi bazin, cu apariţia de ischemie, necroză şi ruptură
- Corelaţia rupturii cu morfologia şi dispoziţia structurilor musculare şi conjunctive la nivelul corpului şi segmentului, la limita dintre ele fiind descris un inel de separaţie (inel Bandl)
- Fenomene degenerative ale miometrului (conţinut proteic scăzut)
- În cazul rupturilor propagate de la col la segment, acestea apar datorită insuficientei maturaţii a colului (procesul de maturaţie a substanţei fundamentale este incomplet) astfel

că survine o dizarmonie între forţa contractilă şi progresia prezentaţiei - pe de o parte, şi evoluţia dilataţiei - pe de altă parte.

Diagnostic

a. ***Iminenţa de ruptură uterină*** (sindromul de preruptură uterină)

- Subiectiv
  - Contracţii uterine intense, subintrante, lungi, cu tetanizarea corpului uterin
- Obiectiv: evaluarea stării materne:
  - Tahipnee, facies palid
  - Uter retractat, dur, în formă de clepsidră prin apariţia inelului Bandl. Fătul este împins în segmentul inferior care este destins, subţiat
  - Ascensiunea inelului Bandl
  - Tensionarea ligamentelor rotunde
  - Înclinarea corpului uterin spre unul din flancuri
  - Abdomen foarte sensibil

Evaluarea stării fetale:

- BCF modificate
- Edem suprasimfizar, bose ale craniului, lipsa de progresie a prezentaţiei, dilataţie staţionară,edem cianotic de col

b. Ruptura uterină constituită

- În timpul sarcinii - semne de şoc hemoragic în formele complete, când uneori fătul se palpează sub peretele abdominal. În variantele incomplete simptomatologia este mai estompată cu dureri, tensiune abdominală,.
- În timpul naşterii simptomatologia poate evoca diagnosticul:
  - Dureri intense sincopale
  - Senzaţia că s-a rupt ceva în abdomen, urmată de linişte (dispar contracţiile)
  - Stare de şoc

Examenul fizic:

- Dispariţia respiraţiei abdominale
- Lipsa conturului uterin
- Semnul celor „două tumori" abdominale

- Edem suprasimfizar, împăstare abdominală
- Absenţa BCF
- Dureri surde abdominale şi palparea a 2 mase (fătul sub tegumente şi alături – de obicei la stânga – uterul gravid)
- Sângerarea este redusă, cu sânge negru iar la strâmtoarea superioară nu se mai palpează prezentaţia.

În caz formelor produse pe uter cicatricial:

- Dureri la nivelul cicatricii
- Simptomatologie ştearsă, neconcludentă
- Tulburări de dinamică
- BCF nemodificate
- Progresiv apare şocul hemoragic

De cele mai multe ori pe uterul cicatricial sunt incomplete şi interesează doar mucoasa şi planul muscular fiind limitate de seroasă.

Rupturile uterine **provocate**: nu există sindrom de preruptură uterină, iar atunci când manevrele s-au efectuat sub anestezie multe semne subiective lipsesc.

În cazuri grave tabloul clasic este de abdomen acut printr-o ruptură de organ.

- prin versiune internă se traduce prin încetarea subită a rezistenţei uterine, astfel că versiunea devine dintr-o dată foarte uşor de efectuat
- în cursul administrării de ocitocice – nu se asociază cu sindromul de preruptură
- în cursul altor manevre (marea extragere, forceps) va asocia un tablou de hemoragie acută urmată de şoc.

Diagnostic diferenţial

- Abdomenul acut chirurgical: perforaţie apendiculară, ruptură de splină,
- Apoplexia utero-placentară
- Placenta praevia

Evoluţia

Evoluţia formelor spontane şi incomplete este mai bună ca a celor provocate şi complete. Evoluţia depinde de sediul rupturii şi promptitudinea măsurilor terapeutice.

Complicaţii

- Locale: hematomul ileo-pelvin, rupturi de vezică sau ureter
- Generale: anemie, infecţii.

Conduita

Profilactică este esenţială şi se va efectua în cursul sarcinii sau al naşterii.

- În timpul sarcinii se face în cadrul consultaţiei prenatale când se va stabili prognosticul de evoluţie al sarcinii şi naşterii.
- În cursul naşterii
  - Supravegherea atentă a evoluţiei naşterii
  - Corecţia hipertoniei şi hiperchineziei

Curativ tratamentul este chirurgical de urgenţă concomitent cu măsurile de reechilibrare hemodinamică şi prevenirea infecţiei.

Metodele pot fi:

- Conservatoare: sutura breşei
- Histerectomia de necesitate este abordată atunci când ruptura interesează uterul în direcţii diferite deasemenea şi organele vecine.

Prognostic

Fetal este rezervat, în formele incomplete din rupturile pe uter cicatriceal în care marginea cicatricii şi seroasa împiedică apariţia hemoragiilor fetomaterne masive. Restul formelor se soldează cu decesul fătului.

Matern este bun în condiţiile unei terapii eficiente.

Prognosticul sarcinilor şi naşterilor viitoare este rezervat deoarece şansele unei naşteri pe căi naturale scad semnificativ, prezenţa cicatricii uterine influenţând viitorul obstetrical al femeii. Întrucât de cele mai multe ori nu se cunoaşte indicaţia şi tehnica primei cezariene, cei mai mulţi autori propun sistematic şi o a doua operaţie cezariană.

ŞOCUL ÎN OBSTETRICĂ

Introducere

Starea de parturientă este o situaţie particulară fără precedent pentru femeie, dar şi pentru obstetrician. Modificările fizologice din sarcină, care deseori suprasolicită organismul matern alterându-i capacităţile

adaptative, dar şi prezenţa fătului, ca un sistem dependent fundamental în homeostazia sa de mamă, impun o atitudine activă de recunoaştere a elementelor ce pot premerge stări aflate la limita decompensării, numite de aceea şoc obstetrical. Acestea constituie aşadar urgenţe, iar dificultatea abordării lor rezidă şi în intricarea de multe ori a mai multor forme.

Şocul postural

Acest sindrom apare în ultimul trimestru prin decubit dorsal pe plan dur, fiind prezent la o proporţie importantă a gravidelor.

Mecanismul său de producere reuneşte mai mulţi factori:

- Compresia venei cave inferioare de uterul gravid. Circulaţia de supleere se face prin venele lombare. Acestea sunt însă şi ele comprimate, sau insuficient dezvoltate pentru a se adapta la modficările volemice ale sarcinii.
- Creşte presiunea venoasa femurală la 7.5 cm H2O
- Aceste modifcări au particularitatea că revin la normal la trecerea gravidei în decubit lateral stâng.

Conseciţa acestui mecanism este reprezentat de sechestrarea volumului de sânge în teritoriul inferior, cu hipovolemie.

Din punct de vedere clinic, şocul postural se manifestă prin următoarele:

- La câteva minute de decubit dorsal (5-10 minute în medie) pacienta acuză o stare de rău.
- Cu stare de lipotimie, paloare, extremităţi reci, greţuri şi vărsături
- Examenul cardiovascular arată hipotensiune şi tahicardie
- Sindromul poate induce suferinţa fetală prin hipoperfuzie utero-placentară.

Prevenirea sindromului:

- Priveşte mai ales naşterea, cand decubitul dorsal prelungit este agravat de anestezia generala sau locoregională . Poziţia de preferat pentru parturiente este cea de decubit lateral stang.
- Prognostic matern:
- Riscul matern minim, sindromul este rapid reversibil la schimbarea poziţiei

- Riscul fetal: suferinţa fetală acută, şi decolare de placentă normal inserată

Tratamentul nu necesită măsuri speciale, doar prinderea unei linii venoase, liniştirea gravidei, monitorizarea materno-fetală, eventual o ecografie asociată cu Doppler pentru identificarea precoce a complicaţiilor.

Atenţie la apariţia acestui tip de şoc în cursul examinării ecografice, când pacienta trebuie instruită să precizeze medicului orice modificare subiectivă premergătgoare. In această situaţie, ecografistul va recomanda pacientei decubitul lateral- preferabil cel stâng, dar e posibil şi cel drept, pentru a putea continua examinarea.

Şocul hemoragic obstetrical

Această formă poate complica orice etapa a nasterii, de unde necesitatea monitorizării permanente a gravidei din punct de vedere a stării generale, tensiunii şi pulsului.

Dupa mecanismul de producere al hemoragiei, şocul poate fi determinat de:

- Anomalie de inserţie placentară: placenta previa
- Decolare prematură de placenta normal inserată (DPPNI)
- Complicaţii traumatice ale naşterii: ruptura uterină, ruptura de col sau de părţi moi.
- Complicaţii ale delivrării:
  - Retenţie placentară
  - Hipotonie uterină
  - Inversiune uterină
  - Embolie amniotică

Între formele de şoc hemoragic, câteva entităţi merită o atenţie particulară (fără a intra în detalii, ele fiind prezentate în alte capitole):

a) Placenta previa

- Ea se manifestă prin hemoragie importantă cu sânge rosu fără contracţii uterine
- Diagnostic clinic este evocator, bazându-se pe elementele menţionate, la care se adaugă anamneza şi eventuale explorări paraclinice anterioare (mai ales ecografia). Atenţie la a nu efectua examenul vaginal digital în cursul hemoragiei, orice dilatare intempestivă a colului putând determina agravarea hemoragiei

- Ecografic, se confirmă diagnosticul (şi eventual prezenţa hemoragiei în partea inferioară a uterului şi col), şi se stabileşte varietatea de placentă previa (forme anterioară sau posterioară): placenta previa centrala, marginala, laterala
- Complicaţiile posibile:
  - Materne: hipotensiune, anemie
  - Fetale: anemie, prematuritate, suferinţă fetală

b) Dezlipirea de placentă normal inserată

Se adaugă la hemoragia pe căile genitale externe elemente ce agravează şocul hemoragic:

- in 10% tulburări de coagulare - prin eliberare locală de produşi de degradare a fibrinei şi eliberarea de tromboplastină
- In 20% hipotonie uterină

Clinic, dezlipirea de placentă normal inserată se manifestă prin:

- Hemoragie genitală (mai mult sau mai puţin gravă)
- Hipertonie uterină, dureri abdominale
- Suferinţă fetală acută

Paraclinic se recomandă:

- Bilantul riguros al coagulării (la 2 ore)
- Supravegherea diurezei orare

Conduita în DPPNI este:

- Făt viu: cezariană/ naştere naturală
- Făt mort: nastere naturală
- Dupa naştere controlul riguros al cavităţii uterine
- Tratament de combatere a şocului cu sânge, fibronogen, antienzime, diuretice (cu atenţie ultimele datorită accentuării hipovolemiei)

c) Ruptura uterina:

- Este o situaţie rară
- După mecanismul de producere, ea poate fi
  - Spontană (uter cicatricial, mari multipare)
  - Provocată: prin manevre obstetricale

Diagnosticul:

Înainte de naştere:

- Durere abdominală, cu stare de şoc

- Hemoragie moderată la exterior, poate fi mascată prin hemoragie neexteriorizată ceea ce va face mai dificil diagnosticul
- Pacienta instalează în final o stare de şoc hemoragic

După naştere: hemoragia externă mai evidentă.

Conduita: laparotomie cu măsuri de hemostază chirurgicală/ histerectomie de hemostază

d) Hemoragia prin ruptură de col uterin

e) Rupturile cervicale

Ele pot fi spontane (col cicatricial, col patologic) sau provocate (dupa naştere)

Localizare:

- In general se produc în porţiunea intravaginală a colului
- Se pot prelungi spre segmentul inferior uterin

Diagnostic:

- Clinic dificil:
  - Hemoragie cu sânge proaspăt, în cantitate medie/mică, trenantă
  - Nu determina dureri, modificările TA apar insidios.
  - Examenul local cu valve caută unghiul superior al rupturii.
  - NB! O ruptură care ajunge in fundul de sac vaginal se poate extinde în submucos la segmentul inferior- în lipsa condiţiilor de vizualizare poate impune laparotomia exploratorie +/- histerectomie totală

Conduita:

- Prevenirea prin buna dirijare a expulziei, evitarea traumatizării colului
- Controlul părţilor moi de rutină după expulzie şi delivrare
- Explorarea atentă înainte de meşare vaginală în scop de hemostază, existând chiar riscul agravării rupturii, şi reexplorarea la demeşare
- În final explorarea chirurgicală prin laparotomie poate identifica leziunile mascate
- Reparaţia este de multe ori posibilă şi pe cale vaginală, dar trebuie făcută în condiţii optime pentru pacientă, obstetrician şi reanimator, deci se preferă în sala de operaţie.

- O ecografie poate fi necesară, pentru a preciza hematoamele extinse în ligamentul larg, sau hemoragia intrauterină care se poate asocia rupturii de părţi moi, îngrunând diagnosticul.

Embolia amniotică

Este o complicaţie redutabilă a sarcinii şi naşterii, cu o frecvenţă apreciată la 1:30000 naşteri, dar existând probabil multe forme nerecunoscute fie prin formele mai uşoare, fie dimpotrivă în forme grave, soldate cu deces matern la care necropsia nu poate pune diagnosticul.

Apare in ultima perioada a dilataţiei colului, sau în curs de delivrare a fătului şi placentei.

Mecanismul presupus al emboliei amniotice este reprezentat de pătrunderea de lichid amniotic în circulaţia maternă. Ca factori favorizanţi se citează:

- Vârsta parturientei >30 ani
- Utilizare de ocitocice
- Asociere cu patologie determinând coagulopatie (DPPNI, moartea fetală in utero)
- Naştere dificilă
  - Hipertonie uterină
  - Traumatism obstetrical cu efracţia muşchiului uterin (cezariana)
- Membrane rupte- rareori embolia amniotică se produce pe membrane intacte.
- Patogenie: patrunderea LA in circulatie se poate face pe 3 cai:
  - Ruptura venelor endocervicale în perioada de dilataţie a colului, mai ales în cursul angajării capului fetal. Factori favorizanţi sunt: travaliu prelungit, activitatea uterină contractilă exagerată (spontan sau iartrogen)
  - Locul inserţiei placentare:
- Dezinserţia placentei cu ruptura inaltă a membranelor la inserţia placentară.
- Favorizată de DPPNI
  - Peretele uterin: printr-o breşă vasculară la nivelul rupturii peretelui uterin, sau cezariana

Fiziopatologie:

- Insuficienţa cardio-respiratorie se produce prin
  - Obstrucţia mecanică a vaselor pulmonare- dar obstrucţia este mai ales la vasele mici
  - Vasoconstricţie arteriolară pulmonară reflexă, prin microtrombi formaţi sub acţiunea tromboplastinei amniotice
  - Se discută şi de un mecanism anafilactic: embolia se însoţeşte de urticarie şi edem Quincke
  - Mecanism hemodinamic: incriminează o substanţă vasoactivă amniotica/placentară care determină HT pulmonară
  - Coagularea sângelui venos la contactul cu LA, cu migrare spre vasele pulmonare şi insuficienţă cardio-respiratorie
- Tulburări de coagulare:
  - Coagulare intravasculară diseminată (CID) declansată de tromboplastina din lichidul amniotic
  - Liza plachetară eliberează tromboplastina endogenă
  - Mecanism sumat cu şocul cardiovascular/ volemic asociat de multe ori
  - Consecinţa: hipo/a-fibrinogenemie

Clinic:

- Se asociază: sindromul de insuficienţă cardio-respiratorie cu semnele neurologice şi hemoragie prin afibrinogenemie
- Manifestări:
  - Cianoză cu dispnee, asociind tahicardie şi tuse seacă, sau cu expectoraţie
  - Ascultaţia pulmonară: normală, sau raluri fine difuze- edem pulmonar acut
  - Semne de insuficienţă cardiacă acută:
  - Jugulare turgescente
  - EKG cu semne hipertrofie ventriculară
  - Colaps cardiovascular

Paraclinic:

- Hipoxie cu hipoxemie, acidoză metabolică

Evoluţie:

- Semne de iritaţie cerebrală: convulsii, hipertonie musculară
- În 30-90 minute: coagulopatie de consum:

- Hemoragie uterină, apoi difuză (gingivoragii, locul de puncţie)- în 40-60% cazuri
- Mecanism de producere: prin trombopenie şi hipofibrinogenemie
- Nivel plasminogen normal/usor scazut
- Scăderea protrombinei şi activarea fibrinolizei
- Scăderea fibrinogenului

Diagnosticul este dificil, atât prin simptomele nespecifice, cât şi prin rapiditatea evoluţiei. De aceea stabilirea unui accident embolic amniotic poate ajunge în seama anatomopatologului, când se cosntată:

Macroscopie:

- Absenta cheagurilor în trunchiul arterei pulmonare şi ramurile sale
- Uterul poate prezenta leziuni traumatice (dilacerări de segment inferior, rupturi col sau uterine)
- Sânge incoagulabil în cavitatea peritoneală
- Peteşii şi sufuziuni sanguine în diverse organe

Microscopie:

- Pulmonar:
  - prezenţa elementelor de lichid amniotic: celule epidermice fetale, mucina, fire de lanugo, elemente lipidice din vernix cazeosa
  - Debriuri meconiale în citoplasma macrofagelor alveolare (după 24-48 ore) şi în macrofagele din expectoraţie
- In sânge (mari vase):
  - Meconiu în sângele circulant
  - Microemboli la nivelul arteriolelor şi capilarelor

Tratamentul emboliei amniotice este de extremă urgenţă:

- Al sindromului respirator:
  - Intubaţie traheală cu aspiraţie bronşică şi ventilaţie asistată sub presiune pozitivă
  - Cateter pentru măsurarea presiunii venoase centrale
  - Compensarea acidozei cu soluţie de bicarbonat
- Tratamentul şocului:
  - Reechilibrare volemică fără utilizare de vasopresoare
  - Izoproterenol (vasoconstrictor pulmonar) dacă frecvenţa cardiacă <120/min

- Coricoizii: dar diminuă rezistenţa vasculară periferică

– Tratamentul coagulopatiei:
  - Administrare de sânge proaspăt
  - Antifibrinolitice, fibrinogen
  - Heparinoterapie- în CID e indicată; de obicei după evacuarea uterului

Conduita obstetricală

– Dacă fătul e mort: expulzia spontană
– Dacă fătul e viu: extragerea cât mai rapidă a sa.

CAPITOLUL 17

ECHOGRAFIA ÎN SARCINĂ. ELEMENTE DE DIAGNOSTIC PRENATAL

Monitorizarea echografică în sarcină are obiective diferite in functie de vârsta sarcinii, condiţionat de morfologia specifică şi evolutivă a fătului.

Trimestrul I de sarcină

În acest interval gestaţional scopul examinării echografice este reprezentat de către următoarele indicaţii:

- depistarea localizării sarcinii, respectv diferenţierea între localizarea extrauterină şi cea intrauterină. Vârsta gestaţională de la care se poate realiza aceasta este 5-6 săptămâni de amenoree în strictă corelaţie cu dozarea hormonului betahcg. În acest context o valoare a betahcg-ullui de peste 1500 UI/ml presupune existenţa unei sarcini iar depistarea acesteia intrauterin exclude localizarea ei externă. Absenţa unui sac gestaţional intrauterin (cu vezică vitelină secundară sau embrion prezent) presupune o sarcină extruaterină chiar dacă această nu poate fi vizualizată întotdeauna datorită viabilităţii deficitare a acesteia. În acest context este recomandabil să se înceapă terapia medicamentoasă a SEU.
- În contextul în care sarcină a fost confirmată ca localizare intrauterină, între 7-11 saptămâni de amenoree examenul echografic are următoarele obiective:

a. Confirmarea viabilităţii sarcinii, prin depistarea prezenţei embrionului cu activitate cardiacă. Absenţa acesteia defineşte un”ou clar”

respectiv o sarcină neembrionată care poate fi evacuată prin chiuretaj sau spontan uneori.

b. Evaluarea numărului de embrioni. Acest interval gestaţional este optim pentru vizualizarea numărului de embrioni şi respectivi a caracteristicilor acestora. În cazul sarcinilor gemelare biamniotice, prezenţa semnului „lambda" respectiv determinat de învaginarea corionului între cele două foiţe amniotice caracterizează existenţa unei sarcini bicoriale iar absenţa acestuia este caracteristică sarcinilor monocoriale.

c. În acest interval gestaţional este utilă caracterizarea etiologică a hemoragiilor cu aspecte specifice la nivelul placentei şi cu prognostic variabil în funcţie de aceasta. Localizarea placentei la nivelul zonei inferioare uterine trebuie monitorizată atent pentru a diferenţia locaţiile joase în care hemoragiile se produc mult mai frecvent.

Între săptămânile 11-14 se practică un examen echografic cu intenţie morfologică:

Aproximativ de la *6 săptămâni* de amenoree prin examinare cu sondă intravaginală pot fi identificaţi cei doi poli embrionari, iar la nivelul celui cefalic se poate diferenţia cavitatea rombencefalică.

Structurile cardiace fetale pot fi observate echografic începând cu 12-13 săptămâni de sarcină. Explorarea este facilitată de abordul endovaginal care permite o rezoluţie mai bună, dar este strict condiţionată şi de experienţa echografică .

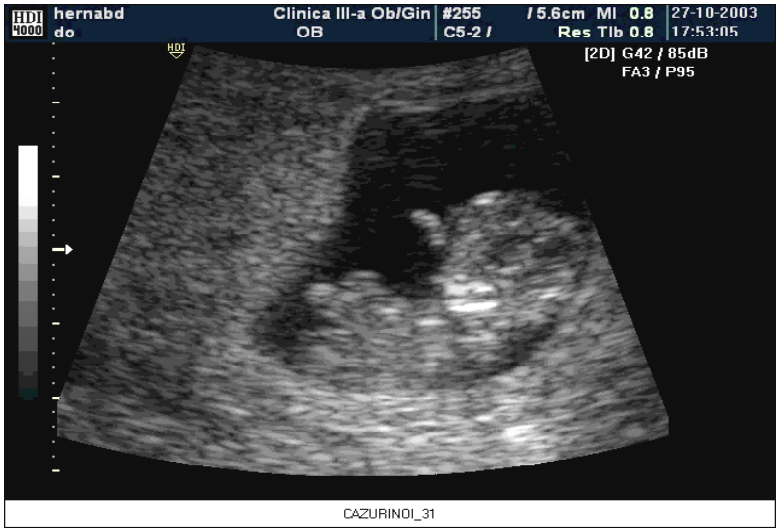


Fig. 17.1

Peretele abdominal anterior prezintă un grad variat de herniere a intestinelor care se reduce complet către săptămâna a 12- a de sarcină . Este de înţeles în acest context de ce un diagnostic de acest tip nu se poate face decât de la sfârşitul trimestrului I.

În sarcinile normale parenchimul renal poate fi vizualizat începând cu 9 săptămâni de amenoree, iar vezica urinară poate fi observată în jurul vârstei de 11-13 săptămâni, astfel că în jurul acestei perioade de sarcină indiferent de modalitatea transabdominală sau endovaginală de examinare ambele structuri pot fi analizate.

Mişcările incep de la aproximativ 9 săptămâni de sarcină şi se definitivează tot către sfârşitul trimestrului . Identificarea fiecărui segment morfologic poate fi realizată începând cu 11 săptămâni de amenoree dar caracterizarea sindroamelor patologice poate fi făcută aproximativ cu 14 săptămâni prin compararea dimensiunilor fiecărui os atât cu normalul pentru vârsta gestaţională cât şi cu dimensiunile segmentului simetric.

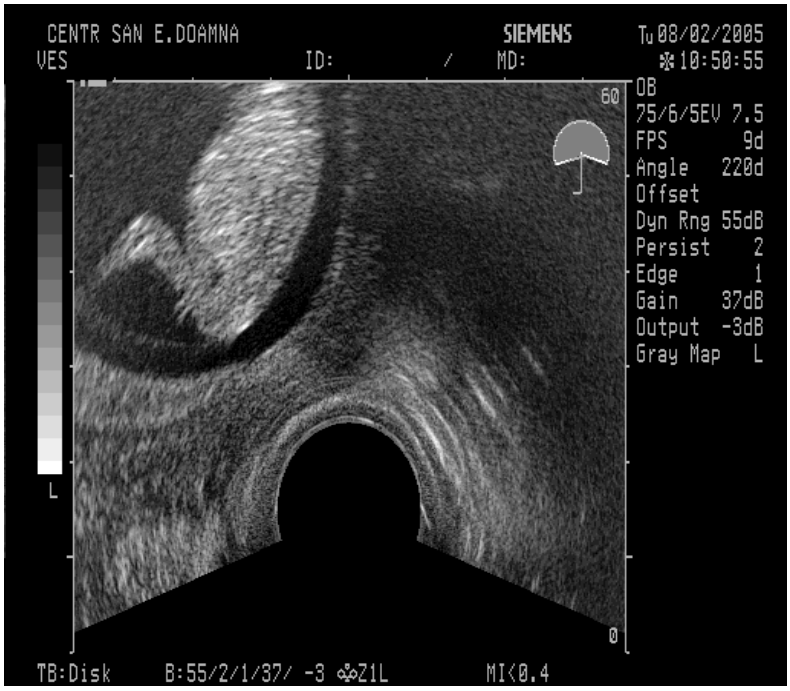


Fig. 17.2.

Examenul echografic în trimestrul I permite depistarea unor malformaţii noncromosomiale şi favorizează estimarea riscului de anomalie genetică dar este strict condiţionat de experienţa examinatorului, mai ales

că în trimestrul I de sarcină structurile explorate sunt foarte mici.

- Evaluarea hiperlucenţei nucale este un parametru a cărui valoare în depistarea patologiei fetale a fost dovedită până în prezent de numeroase studii. Pe lângă acesta au fost căutaţi şi alţi parametrii care să amelioreze depistarea, în special a patologiei cromozomiale, în prezent fiind în studiu măsurarea lungimii oaselor nasului sau a maxilarului care pot fi afectate în cadrul dismorfiilor genetice.
- Examenul morfologic în trimestrul I poate depista anumite anomalii severe care determină un prognostic extrem de nefavorabil ulterior, cum ar fi anencefalia, spina bifida, omfalocelul sau megavezica.

Echografia între 20-24 săptămâni

Examenul echografic morfologic în trimestrul II de sarcină permite depistarea unor anomalii morfologice care afectează prognosticul perinatal fie datorită prezenţei lor izolate fie prin asociere în cadrul unor sindroame genetice. În acest context riscul de aneuploidie creşte pe măsura creşterii numărului anomaliilor detectate. Pentru defectele majore izolate, examenul genetic, complementar, poate evalua riscul de recurenţă şi poate determina conduita atunci când este posibilă corecţia postnatală pentru formele noncromosomiale.

Evaluarea echografică poate fi realizată în context de screening atunci când îşi propune depistarea unor anomalii cu impact maxim asupra sanătăţii fătului pentru eventuala întrerupere de sarcină care se poate realiza până în 24 de săptămâni de amenoree.

Examinarea morfologică detaliată se poate realiza în acelaşi interval gestaţional în contextul indicaţiilor prezentate mai jos:

Antecedente semnificative :

1. Heredocolaterale, riscul de o afecţiune malformativă la sarcina prezentă creşte variabil în cazul afecţiunilor cu transmitere plurifactorială, cu grade variabile în funcţie de tipul afecţiunii implicate şi de gradul rudelor afectate.

2. Personale:

Patologie maternă:

- diabetul zaharat
  - preexistent sarcinii, confirmat de valorile crescute ale glicemiei şi încadrat în clasificarea lui White

- indus de sarcină, depistat prin evaluarea în trimestrul II a testului de încărcare la glucoză şi respectiv evalurea glicemiei
- lupusul eritematos sistemic şi alte afecţiuni autoimune,
- infecţii materne, cel mai frecvent incluse în grupa sindromului TORCH:
  - toxoplasmoză
  - rubeolă
  - citomegalovirus
  - herpes
  - sifilis

Ingestie de substanţe teratogene, printre cele mai frecvente şi cu efecte dovedite:

- Antibiotice: metronidazol
- Cardiovasculare: captopril, derivaţi de cumarină
- Diuretice: acetazolamida, clorotiazide
- Chemoterapice**:** amantadina, amiopterina, busulfan, clorambucil, ciclofosfamidă. Citarabină, daunorubicină, florouracil, melfalan, mercaptopurină, metotrexat
- Medicaţie neuro-psihică: amitriptilină, amobarbital, amfetamine, bromuri, carbamazepină, clorpromazină, haloperidol, imipramină, litiu, meprobramat, fenitoin, trimetadionă, acid valproic
- AINS: aspirină, ibuprofen, indometacin
- Medicaţie diferită: disulfiram, etetrinat, griseofulvin, minoxidil, acid retinoic
- Medicaţie hormonală: clomifen, tiroxină
- Substanţe psiholeptice: cocaină, alcool, heroina, marijuana
- Antialergice: meclizină, clorfeniramină,

<u>Patologia sarcinii actuale investigată:</u>

1. Clinic:
   - polihidramnios
   - anomalii ale perceperii mişcărilor active fetale, ca indicator al unei suferinţe fetale, folosind ca valoare limită între 0 şi 3 mişcări percepute pe oră
   - hemoragii în sarcină, ca marker al unei prezentaţii anormale cauzate de o malformaţie
2. Echografic: depistarea unei anomalii impune din punct de vede-

re diagnostic căutarea altor anomalii care pot creşte riscul pentru sindroame malformative sau anomalii genetice

Examenul echografic morfologic al sistemului nervos central

Explorarea echografică în trimestrul II sau III este mult facilitată de către maturarea morfologică a structurilor sistemului nervos central. Creşterea în dimensiuni ajută în discriminarea elementelor de patologie specifice.

Examinarea echografică se poate face prin două modalităţi, in funcţie de varianta preferată, respectiv, *transabdominal sau endovaginal, completată cu investigaţia Doppler* pentru explorarea sistemului vascular.

Evaluarea transabdominală permite evaluarea structurilor intracraniene în două planuri, datorită poziţiilor specifice fetale intrauterine.

Planul transversal este cel mai folosit în explorarea echografică, deoarece permite estimarea vârstei gestaţionale, prin măsurarea diametrului biparietal sau a circumferinţei craniene. Secţiunea standard este marcată de prezenţa mediană a cavităţii septului pellucidum, coasa creierului, ventriculul III . Lateral de acestea sunt prezenţi nuclei talamici, ventriculii laterali (conţin plexurile coroide), care se dezvoltă progresiv, coarnele anterioare, atriumul şi ulterior coarnele posterioare.

Fig. 17.3. Secţiune transventriculară (colecţie personală)

Explorarea transversală a coloanei vertebrale este determinantă în identificarea continuităţii dintre corpul şi pediculi vertebrali dar şi a integrităţii tegumentare supraiacente.

Examenul echografic morfologic al aparatului cardiovascular

Investigaţia în modul M – motion - redă o singură dimensiune aflată în mişcare. Abordarea acestui mod este limitată în patologia fetală doar la investigaţia aritmiilor şi la studiul dimensional al cavităţilor cordului .

Investigaţia în modul B – bidimensional - prin deplasarea traductorului permite urmărirea în timp real a suprafeţelor structurii investigate, în cazul nostru morfologia cardiacă.

Investigarea echocardiografică fetală începe cu depistarea topografiei cardiace facilitată de precizarea poziţiei intrauterine a fătului. Corelaţiile cu celelate organe de la interfaţa diafragmatică permit localizarea cordul în torace şi indică orientarea axului inimii

Fig. 17.4. Secţiune tetracamerală în explorarea cardiacă (colecţie personală)

Investigaţia în sistem Doppler pulsatil urmăreşte fluxurile sangvine regionale în funcţie de viteza acestora.

În sistemul Doppler color variaţiile de frecvenţă sunt convertite într-o scară de culoare care permite interpretarea imagistică a acestor fluxuri, descriind prezenţa anormală sau caracterul lor patologic.

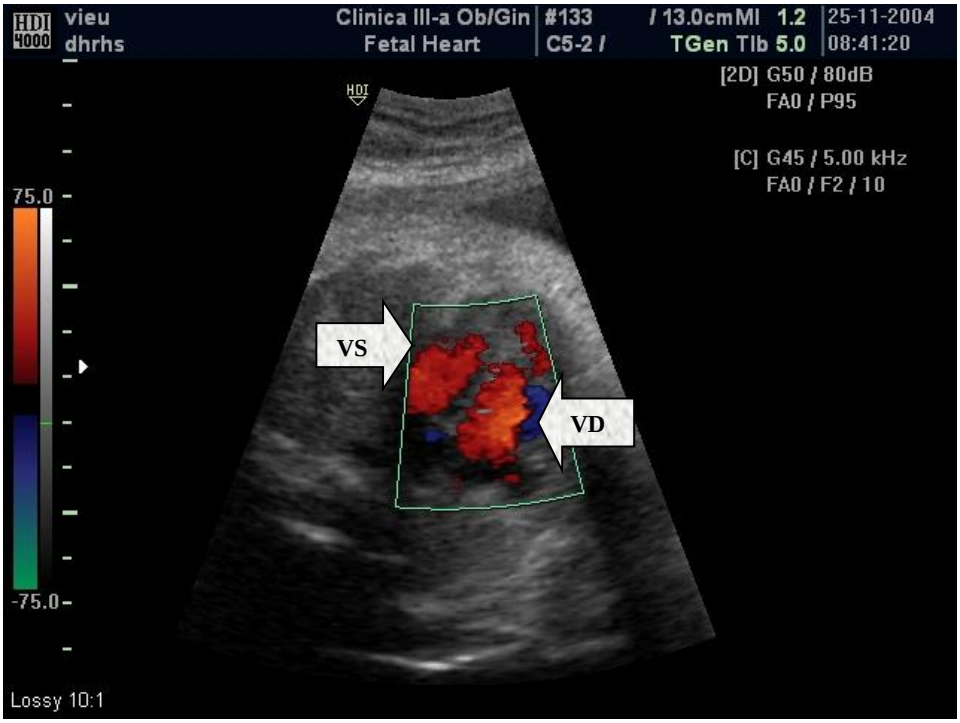


Fig. 17.5. Echografia cardiacă în sistem Doppler color (colecţie personală)

Examinarea echografică a morfologiei abdominale

Ecografia obstetricală a devenit indispensabilă examenului obstetrical al gravidei, datorită uşurinţei cu care se realizează dar şi preciziei sale în diagnosticarea diverselor anomalii. Examenul ecografic complet trebuie să cuprindă toate segmentele corpului fetal.

Examinarea toracelui fetal este importantă pentru aprecierea dezvoltării normale ale organelor prezente la acest nivel. După 20 de săptămâni de amenoree se pot examina morfologic organele toracice şi pot fi depistate anomaliile specifice. Pentru examinarea ecografică a toracelui se folosesc secţiuni longitudinale şi transversale la diverse niveluri.

Limitele toracelui sunt reprezentate de clavicule superior, diafragm inferior, coloana cervico-toracică posterior şi grilajul costal anterior.

Diafragmul se prezintă ca un lizereu hipoecogen, arciform, care este situat între plămâni, ficat, stomac şi splină.

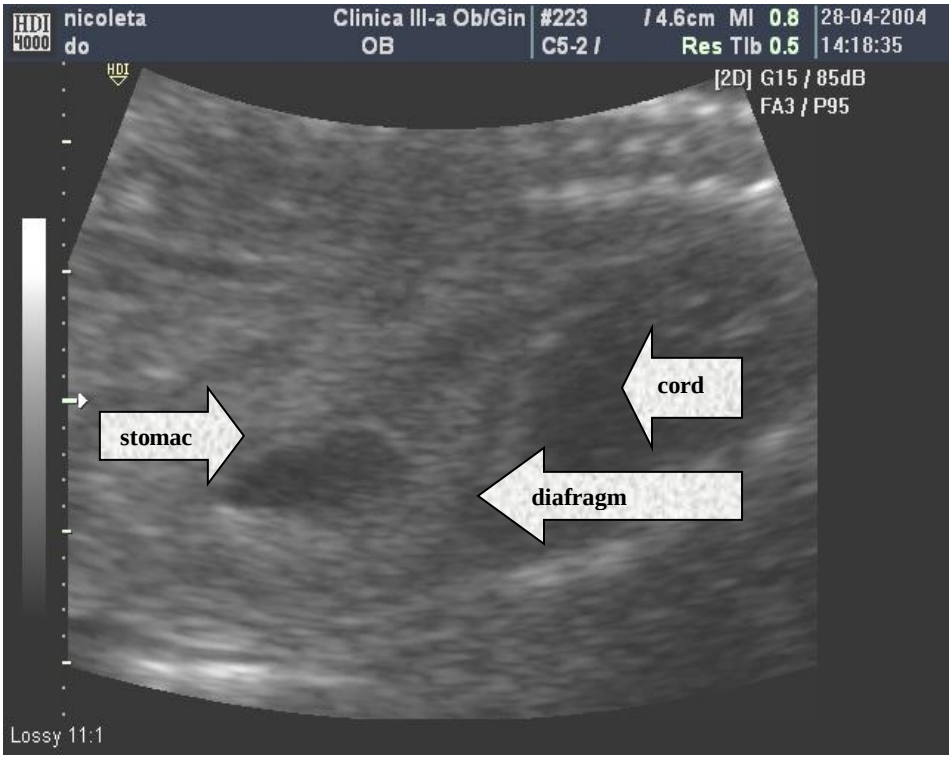


Fig. 17.6. Vizualizarea limitelor cutiei toracice (colecţie personală)

Examinarea abdomenului fetal. Organele abdominale şi pelviene ajung în trimestrul II să aibă poziţia lor de la adult, dar au o expresie ecografică inegală. Organele având conţinut lichidian, ca stomacul, vezica urinară, aorta, vena ombilicală, sunt uşor vizibile, în timp ce organele parenchimatoase, ca ficatul, rinichii sau chiar intestinele, au o ecogenitate foarte apropiată, ceea ce determină o diferenţiere ecografică dificilă .

Folosind ecografia se poate observa, realizând multiple secţiuni longitudinale, integritatea peretelui abdominal.

Inserţia cordonului ombilical este un reper important ecografic pentru că în această zonă se vizualizează cele mai comune malformaţii ale peretelui abdominal (omfalocel, gastroschizis).

Arterele ombilicale se pot urmări ecografic de la inserţia abdomi-

nală a cordonului, în apropierea vezicii urinare şi ajung la arterele iliace interne.

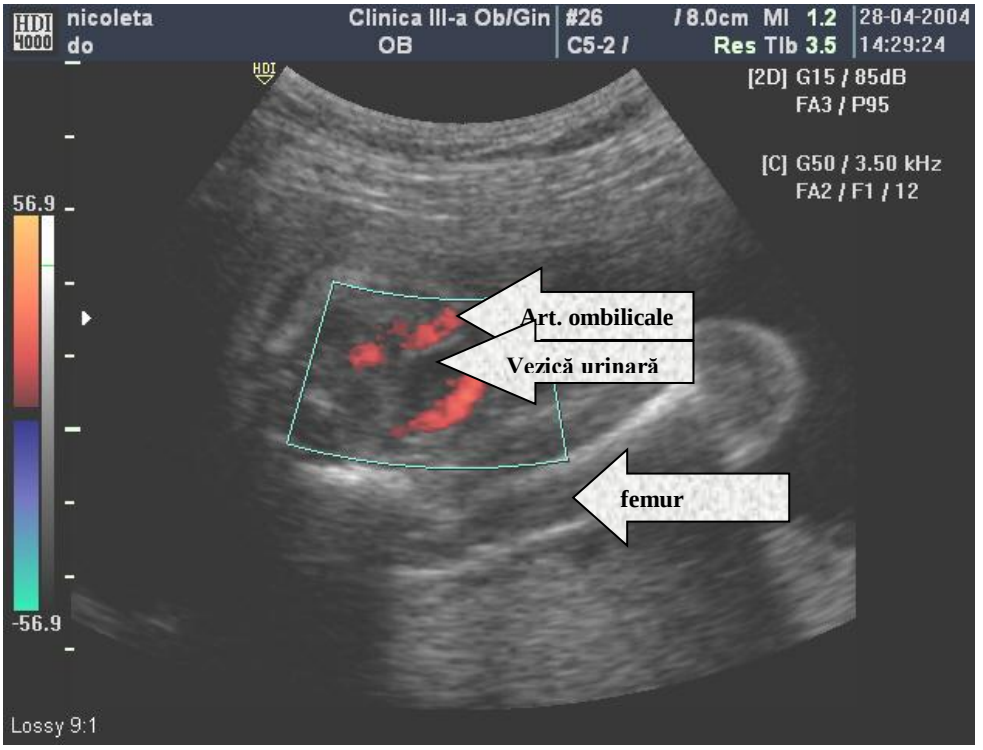


Fig. 17.7. Prezenţa arterelor ombilicale confirmate prin sistem Doppler color (colecţie personală)

Examenul echografic morfologic al aparatului urinar în trimestrul II şi III

Evaluarea echografică în trimestrul II şi III se face în modul:

- De explorare bidimensional:
  - În plan transversal, se poate compara diametrul antero-posterior renal cu cel abdominal. Această secţiune favorizează măsurarea pelvisului renal;
  - În plan longitudinal se măsoară lungimea rinichiului şi se evaluează repercursiunea hidronefrozei asupra calicelor renale;

Fig. 17.8. Secţiune transversală la nivel renal (colecţie personală)

Examinarea echografică a morfologiei aparatului osteo-articular

Explorarea aparatului osteo-articular se realizează în contextul examinării pe aparate şi sisteme, fiecare segment impunând pe lângă identificarea lui şi o atentă explorare morfologică. Explorarea membrului superior pe lângă măsurarea lungimii impune identificarea simultană pe acelaşi plan de investigaţie a ambelor extremităţi superioare condiţie obligatorie pentru excluderea sindroamelor de amputaţie.

Investigarea membrului inferior începe prin depistarea simultană a celor două membre inferioare. Femurul este măsurat doar între cele două capete ale diafizei, deoarece capetele epifizeale se osifică inconstant între 28 şi 35 de săptămâni şi au un aspect necaracteristic.

La nivelul tălpii piciorului este importantă atât măsurarea lungimii care poate fi raportată la lungimea femurului (fiind mai mică decât unitatea în displaziile osoase şi mai mare în insuficienţa în creşterea intrauterină) cât şi identificarea structurală a tuturor oaselor ca şi a dispunerii lor.

Pe lângă aceste elemente de morfologie fetală în trimestrul II de sarcină mai este utilă şi precizarea următoarelor date referitoare la starea anexelor fetale:

- **Placenta e**ste importantă de caracterizat din punct de vedere:
  - placentă cu localizare joasă, presupune o calitate deficitară şi un risc crescut de hemoragie pe parcursul sarcinii sau la naştere. Este important de precizat distanţa dintre marginea acesteia şi orificiul intern al colului, valori sub 1-2 mm presupunând un risc crescut de hemoragie.
  - Structura placentei poate evidenţia gradul de maturare al acesteia. Pe măsura evoluţiei sarcinii au loc fenomene de ischemie, necroză şi calcificare care se traduc în timp prin apariţia de focare hiperechogene evolutive dinspre placa bazală spre placa corială. Apariţia lor este condiţionată de vârsta sarcinii sau de patologia supraadăugată (HTA indusă gestaţional) iar formele avansate traduc insuficienţa placentară şi pot afecta potenţialul fetal de creştere intrauterină. Gradele maturării placentare:
    - Grad O – placentă omogenă
    - Grad 1 – placa corială uşor ondulată
    - Grad 2, placa corială puternic ondulată, hiperechogenă
    - Grad 3 – hiperechogenităţi continue între placa bazală şi cea corială

- **Cordonul ombilical** poate fi caracterizat din punctul de vedere:
  - al localizării acestuia sub formă de circulară la nivel cervical când prin scurtare artificială a lungimii lui în timpul travaliului poate determină perioade de ischemie tranzitorie sau permanentă fetală
  - pot fi depistate prezenţa unor noduri adevărate sau false de cordon
  - Depistarea unei artere ombilicale unice presupune realizarea unor investigaţii suplimentare pentru a exclude o eventuală patologie malformativă asociată (mai frecvent anomalii ale peretelui abdominal sau urinare) sau prezenţa unei întârzieri în creşterea intrauterină caz în care trebuie monitorizată frecvent starea fătului (prin evaluarea circulaţiei la nivel ombilical, cerebral sau în ductul venos).

Evaluarea lichidului amniotic este importantă deoarece cantitaea normală a acestuia permite o dezvoltare normală motorie şi pulmonară a fătului. Prezenţa polihidroamniosului poate semnifica existenţa uneia anomalii fetale. Polihidroamniosul este cel mai frecvent depistat fără o cauză anume iar repercursiunile asupra stării fătului sunt minime.

Oligoamniosului poate să apară cel mai frecvent în contextul ruperrii premature spontane de membrane dar este determinat şi de retardul în creşterea intrauterină motiv pentru care starea fătului trebuie evaluată separat.

Examenul Doppler efectuat la nivelul arterelor uterine poate identifica în acest interval gestaţional mai ales persoanele cu antecedente cardiovasculare încărcate care prezintă risc crescut de apariţie a hipertensiunii induse gestaţional către sfârşitul trimestrul II.

Nu în ultimul rând starea fătului poate fi evaluată prin această metodă. Insuficienţa funcţionării placentei cu o rezistenţă placentară crescută poate fi depistată prin creşterea rezistenţei la flux în arterele ombilicale. Alterarea progresivă a stării fătului poate conduce ulterior modificarea circulaţiei la nivel cerebral (cu fenomene de centralizare a circulaţiei) şi în final la insuficienţă cardiacă cu inversarea fluxului în ductul venos (moment în care extragerea fătului devine obligatorie).

Echografia endovaginală are ca scop evaluarea morfologiei şi a lungimii colului uterin pentru a depista persoanele susceptibile să nască prematur înainte de 32-34 de săptămâni. În acest context pot fi folosite medicamente tocolitice care să scadă incidenţa acestei patologii.

Trimestrul III şi naşterea

În intervalul de 32-34 săptămâni de gestaţiei examinarea echografică este utilă pentru reevaluarea morfologică a defectelor depistate în trimestrul II. Cu toate acestea în trimestrul III de sarcină pot fi depistate anomalii cu instalare tardivă cum sunt anomaliile de giraţie cerebrală sau displaziile osoase a căror dezvoltare lentă nu permite depistarea în trimestrul II de sarcină. Evaluarea echografică în trimestrul III de sarcină are ca scop principal depistarea insuficeinţei în creşterea intrauterină a cărei evoluţei ulterioară poate să aibă un prognosic nefavorabil şi care presupune în acest context o monitorizare fetală atentă. Determinarea

greutăţii fetale ajută în identificarea acestui fenomen. În plus în trimestrul III este confirmată localizarea placentei la nivelul corpului uterin sau identificată drept cauză a hemoragiei în localizările praevia. Viabilitaea fetală este o condiţie obligatorie de confirmat.

În apropierea naşterii examinarea echografică are ca scop principal depistarea patologiei cu riscc intrapartum respeciv:

- Evaluarea prezentaţiei şi depistarea formelor distocice se poate realiza prin evaluarea între capul fătului şi coloana vertebrală în momentul declanşării travaliului. În cazul sarcinilor gemelare determinarea prezentaţiei primul făt în raport cu strâmtoarea superioară este obligatorie pentru a preciza calea de naştere.
- Evaluarea greutăţii fetale ca factor de risc suplimentar pentru traumatismul fetal în cazul prezenţei macrosomiei (disproporţii cefalo-pelvice, distocii de umeri)
- Depistarea prezenţei circularei de cordon, este un factor de risc care impune monitorizarea atentă a stării fătului şi extragerea rapidă în cazul deteriorării acesteia
- Evaluarea stării fetale prin monitorizare doppler ombilicală este utilă pentru stabilirea conduitei în cazul suferinţei fetale antepartum a cărei agravare poate impune extragerea rapidă prin operaţie cezariană.

Investigaţii hormonale efectuate în timpul sarcinii:

Analizele biochimice hormonale completează examenul echografic din trimestrul I în determinarea riscului malformativ fetal.

Este o metodă neinvazivă care estimează riscul de anomalie cromosomială în funcţie de anumiţi parametrii biochimici.

Valorile beta – HCG, în mod normal scad după 10 săptămâni de amenoree. S-a observat că valorile determinate se dublează faţă de medie în contextul prezenţei trisomiei 21. Cu toate acestea, pentru un rezultat fals pozitiv prezent în 5% dintre cazuri, rata de detecţie variază între 35%, dacă este evaluat izolat şi 45% dacă se ia în considerare vârstă maternă.

Valorile serice ale proteinei PAPP –A, în mod normal cresc cu vârsta gestaţională. Cu toate acestea în cazul trisomiei 21 valorile se reduc la jumătate faţă de mediană vârstei gestaţionale şi au o valoare de detecţie între 40-50% dacă se adaugă sau nu ca factor de risc vârsta maternă.

Fiind parametrii independenţi, asocierea celor doi markeri hormonali permite creşterea ratei de detecţie la 55-60% pentru 5% rezultate fals pozitive.

Asocierea la valorile de risc induse de către parametrii biochimici a celor induse determinate de măsurarea hiperlucenţei nucale poate creşte rata depistării la aproximativ 85%, iar dacă se asociază şi depistarea prezenţei oaselor nasului se poate ajunge la circa 95%.

Toate aceste determinări, hormonale şi respectiv biochimice determină un risc mai mare sau mai mic în funcţie de gradul de depărtare faţă de mediana valorilor pentru o vârstă gestaţională dată. În funcţie de acest risc „posterior" analizelor hormonale sau echografice, sarcinile pot fi incluse în grupul de risc redus care nu necesită investigaţii suplimentare şi respectiv grupul de risc crescut. Pentru valori ale riscului mai mari de 1/250 este recomandat efectuarea de invastigaţii invazive care să analizeze cariotipul fetal pentru excluderea unor anomalii genetice (biopsie de vilozităţi coriale, amniocenteză, cordocenteză)

15-19 săptămâni

Este intervalul la care este recomandat efectuarea triplului test hormonal. Analiză îşi propune caracterizarea pacientei din punctul de vedere al riscului de anomaliei cromosomială, în special pentru trisomiile 21, 13, 18 şi sindromul Turner. Aceasta se realizează prin măsurarea a valorilor a trei hormoni, betaHCG, alfa fetoproteina şi estriolul şi corelarea acestora cu vârsta gestaţională determinată echografic. Valorile obţinute atunci când sunt anormale încadrează pacienta într-o zonă de risc malformativ crescută care presupune efectuarea unor investigaţii invazive suplimentare.

Riscul de anomalie cromosomială, în special trisomia 21, este crescut dacă concentraţia de beta – HCG şi inhibină A sunt crescute iar cele de alfa fetoproteină şi estriol sunt scăzute. Rata de detecţie, în corelaţie cu vârsta maternă poate ajunge la 50-70%, pentru 5% rezultate fals pozitive.

Investigaţiile invazive au ca scop depistarea anomaliilor genetice şi prezintă următoarele caracteristici pentru următoarele intervale gestaţionale:

- *Săptămâna 10-13 Amniocenteza precoce*

Este o metodă invazivă de recoltare a lichidului din cavitatea amniotică în intervalul gestaţional mai sus descris. Studiile realizate până în

prezent au arătat că principalele dezavantaje ale acesteia fac ca principala modalitate de diagnostic invaziv în trimestrul I să rămână, cu toate acestea, biopsia de vilozităţi coriale. În acest context s-a observat o rată crescută de anomalii posturale osoase (talipes equinovarus) dar şi de întrerupere a evoluţiei sarcinii după realizarea acestei manevre. În acest context efectuarea acestei metode de diagnostic nu mai este în prezent recomandată.

- *Săptămâna 11-14 Biopsia de vilozităţi coriale*

Este o metodă invazivă care permite recoltarea de ţesut trofoblastic prin ghidaj echografic transabdominal sau endovaginal. Este strict condiţionată de experienţa operatorului care poate influenţa semnificativ rata de avort consecutiv. Chiar şi pentru studiile cele mai largi, aceasta a fost uşor mai mare faţă de cea determinată prin amniocenteza din trimestrul II de sarcină. Vârsta gestaţională limitează de asemenea realizarea manevrei, deoarece între 9-11 săptămâni poate induce anomalii de vascularizaţie posttraumatice care să afecteze dezvoltarea membrelor (în formele minore doar cu absenţa unor falange), micrognatie sau microglosie. În aproximativ 2% dintre cazuri examinarea genetică a produsului recoltat conduce la rezultate neconcludente datorită fenomenului de mosaicism matern, în care celulele materne sunt amestecate printre cele placentare sau fetale. Cu toate acestea rămâne principala metodă de diagnostic genetic folosită pentru patologia cromosomială a trimestrului I.

- *Amniocenteza poate fi efectuată în trimestrul II de sarcină,* în orice moment atunci când este presupus un risc cromosomial crescut fie datorită vârstei, a valorilor nefavorabile biochimice sau a depistării în cadrul examenului echografic a unor anomalii minore sau majore care să crească riscul cromosomial anterior investigaţiei efectuate, echografie respectiv biochimie. Realizarea amniocentezei se face sub ghidaj echografice pentru a evita vasele de sânge placentare sau fătul şi se extrag 10 ml din lichidul amniotic. Această manevră invazivă nu este lipsită de riscuri cum sunt ruperea prematură a membranelor, puncţia unui vas placentar, traumatismul fetal sau chiar decesul acestuia (0,5-1%).

CAPITOLUL 18

INTERVENŢII OBSTETRICALE

Epiziotomia

Progresia mobilului fetal în excavaţia pelvină se asociază de un traumatism uretral (elongarea sfincterului), leziuni a planşeului pelvi-perineal (rupturi interstiţiale ale muşchilor perineali) sau leziuni neurologice (elongarea nervului pudental care poate determina incontinenţa urinară şi rectală din postpartum).

Epiziotomia preventivă nu are efect asupra incontinenţei urinare sau anale din postpartum.

Consecinţele pe termen lung sunt incontinenţa urinară sau anală şi prolapsul.

Epiziotomia sau perineotomia reprezintă incizia mediană sau laterală a perineului practicată în timpul perioadei de expulzie sau în timpul practicării unor manevre intrauterine (extracţia pelvisului, versiune internă, aplicaţie de forceps), atunci când condiţiile locale impun această atitudine. Metoda a fost introdusă de catre Ould la Dublin în 1742. Frecvenţa este de la 8% (Ţările de Jos) la aproape 100% în Japonia şi Europa Centrală. La primipare frecvenţa este de 40 - 60 % , iar la multipare de 21 - 42 %.

Condiţii:

- perineu destins de prezentaţie;
- prezentaţia craniană: craniul a ajuns la orificiul vulvar;
- prezentaţie pelvină: degajarea feselor.

Indicaţii

- fetale: sunt cele mai importante:
  - suferinţa fetală, naşterea prematură;
  - feţi macrosomi;
- materne: se referă la starea perineului şi a prezentaţiei:
  - primipare;

- anomalii a perineului: perineu înalt, rigid, hipoplazii vulvo-perineale, perineu cicatricial, edem perineal;
- prezentaţii: făt mare, prezentaţie pelvină la primipare, degajare în OS, prezentaţie facială, distocia umerilor;
- scurtarea perioadei de expulzie, în caz de: cardiopatii, TBC, disgravidie;
- timp complementar a unor intervenţii: aplicare forceps, marea extracţie a pelvisului.

Momentul executării perineotomiei

Pentru a fi eficientă în beneficiul materno-fetal, peri-neotomia se va efectua profilactic, adică înainte să se producă rupturi a planurilor musculare profunde. Dacă intervenţia se practică în momentul când perineul se ischemiază, perineotomia este de necesitate.

Tehnică

Se introduc două degete ale mâinii stângi între prezentaţie şi perineu, iar cu mâna dreaptă se secţionează începând de a comisura posterioară vulvară, lateral sau median pe o distanţă de 4 -5 cm. Incizia se face în timpul unei contracţii uterine. Se descriu patru tehnici de epiziotomie:

- bilaterală (la dreapta şi la stânga), nu este recomandată;
- mediană, care incizează rafeul ano-vulvar până la 2 cm de sfincterul anal. Acest tip de incizie are unele avantaje (prezervă muşchii ridicători anali şi dă o bună cicatrice), dar prezintă riscul prelungirii spre sfincterul anal şi anus;
- medio-laterală este tehnica cea mai des utilizată: de la unghiul posterior al vulvei, lateral dreapta sau stânga, într-un unghi de 45°. Această incizie poate secţiona frecvent canalul glandei Bartholin, provocând secundar dilataţia chistică a acestuia. De asemeni, această incizie se asociază întotdeauna cu o retracţie inegală a celor două margini, ceea ce face uneori dificilă refacerea, rezultând un defect de afrontare şi o asimetrie a orificiului vulvar care rămâne dehiscent;
- laterală nu este recomandată.

Incizia de epiziotomie este indoloră şi puţin hemoragică, dacă se efectuează pe un perineu destins şi subţire.

Greşelile frecvente care se pot face sunt:

- epiziotomia orizontală (risc de secţiune a corpilor cavernoşi
- epiziotomia verticală (risc secţine sfincter anal)
- epiziotomia scurtă (ineficace şi se complică cu rupturi).

Epiziorafia

Plaga de epiziotomie se suturează imediat după expulzia placentei, după anestezie locală cu soluţie novocainã 0,5% (10 ml), de la suprafaţă spre profunzime.

Pentru a facilita sutura se introduce în vagin un tampon, care blochează temporar scurgerea de sânge din cavitatea uterină şi care se scoate la sfârşitul intervenţiei. Se vor respecta regulile de asepsie şi antisepsie.

Materialul de sutură este firul resorbabil, iar primul timp constă în refacerea plăgii vaginale, după ce s-a reperat unghiul superior al plăgii. Refacerea se face în 2 - 3 straturi, cu fire separate, iar planurile superficiale (pielea) se refac cu fire subdermice.

Alte tehnici utilizează surgetul sau fire în X. După terminarea intervenţiei se aplică un pansament steril.

Postoperator, dacă plaga a fost corect suturată şi bine îngrijită, se vindecă perprimam în 5 - 6 zile. Cicatricea perineală este suplă şi nedureroasă. La o altă naştere, epiziotomia se poate efectua în acelaşi loc. Complicaţiile epiziorafiei sau a rupturilor perineale sunt infecţia şi hematomul. În caz de infecţie cu desfacerea plăgii, repararea se face după trei luni (idem pentru o fistulă recto-vaginală).

Rupturile perineale

După importanţa leziunilor, se descriu trei grade de rupturi, însă deosebit de important este că multe rupturi pot trece inaparent (produse sub tegumente intacte), rezistenţa fiind descrescătoare de la piele, mucoasa vaginală muşchi.

Rupturile de gradul I - sunt leziuni ale muşchilor superficiali ai perineului , a tegumentelor ano-vulvare şi a mucoasei vaginale.

Ruptura de gradul II - afectează sfincterul intern al anusului. De regulă apar după o epiziotomie insuficientă.

Ruptura de gradul III - afectează mucoasa canalului anal . Anusul e beant, se asociază cu rupturi vaginale.

Refacerea rupturilor perineale de gradul I se face ca şi în cazul epiziorafiei. Cele de gradul II vor necesita întâi refacerea sfincterului anal cu fir resorbabil in "U" .

Refacerea rupturilor de gradul III se face in sale de operaţie sub anestezie generală. Se reface mucoasa anală cu fir resorbabil, apoi sfincterul anal.

Rupturile vaginale sau vulvare se refac cu fir resorbabil. Rupturile colului uterin pot afecta colul intravaginal sau pot fi propagate la segmentul inferior. Leziunea este laterală de obicei (la ora 3 sau 9). Pentru refacerea sa este foarte importantă identificarea limitei superioare.

Controlul părţilor moi după naştere sau manevre obstetricale

Este o manevră simplă absolut obligatorie în unele circumstanţe. Controlul se va efectua după expulzia placentei.

Indicaţii:

- hemoragiile din lehuzia imediată, pentru a se elimina cauza locală;
- după orice manevră intrauterină: aplicare de forceps, versiune internă, extracţie manuală a placentei;
- după orice naştere unde există suspiciunea unei rupturi de col sau vagin.

Tehnică

Material necesar: două valve mari, două pense de col fără dinţi, o sursă de lumină, un ajutor, material de sutură.

Rupturile perineului sunt uşor de depistat. Pentru a controla pereţii vaginali şi colul uterin, se pun cele două valve (anterior şi posterior) şi se prinde buza anterioară a colului. Apoi una din valve creează câmp, fiind mutată succesiv de ajutor în direcţia unde se face examinarea.

Operatorul va muta succesiv pensele de col la distanţa de 2 - 3 cm una de alta, luând-o pe cea de sus şi aplicând-o sub cealaltă în timp ce se examinează pereţii vaginali şi colul uterin, prins între pense, până în fundul de sac. în acest mod, pensele de col se mută succesiv până se examinează tot relieful colului.

Orice ruptură de col (care de regulă este la una din comisuri), se suturează cu fire separate de catgut, după ce ne asigurăm că aceasta nu se prelungeşte la nivelul segmentului.

Sutura rupturilor de col nu necesită anestezie locală, în schimb rupturile vaginului sunt extrem de dureroase, ceea ce presupune anestezie locală pentru a efectua sutura.

Această manevră facilă (controlul părţilor moi), poate uneori prezerva funcţia gestativă a femeii (uneori lipsa de experienţă duce la efectuarea unei histerectomii considerate de hemostază, în prezenţa unei rupturi de părţi moi nediagnosticate).

Extracția manuală a placentei (delivrarea artificială)

Este o manevră de urgenţă, care se poate efectua în toate circumstanţele (dispensar, spital) şi care se practică după expulzia fătului.

Indicaţii

- hemoragia din perioada a lll-a a naşterii;
- nedecolarea spontană a placentei într-o perioadă de 30 - 45 minute (retenţie placentară);
- timp complementar după versiune internă, forceps, când este şi un mijloc de verificare a integrităţii uterului.

Anestezia: intervenţia se execută pe masa ginecologică, sub anestezie I.V. de scurtă durată. De cele mai multe ori însă, gravitatea hemoragiei nu mai permite efectuarea unei tehnici anestezice. în aceste cazuri, manevra se poate efectua fără anestezie.

Pregătirea constă în: aseptizarea regiunii perineale, spălarea sau iodarea operatorului, montarea unei perfuzii endovenoase. Manevra se execută cu mâna goală.

Tehnică

Mâna stângă a operatorului desface labiile prin care se introduce mâna dreaptă (mâna de mamoş) în vagin, prin mişcări semicirculare, pătrunzând în cavitatea uterină de-a lungul cordonului. Mâna stângă va fixa puternic fundul uterin. Cu marginea cubitală a mâinii interne, se pătrunde în spaţiul dintre peretele uterin şi placentă. Decolarea se realizează înaintând treptat, pentru a decola toată suprafaţa placentară.

După decolare, placenta este evacuată pe antebraţul operatorului. Mâna endouterină nu se extrage, ci va evacua eventualele resturi, apoi se face controlul manual al integrităţii uterului. Mâna endouterină nu se scoate până nu avem convingerea că uterul este gol.

Uneori accesul la placentă este îngreunat de constituirea unui inel de contracţie între segment şi corpul uterin. în aceste situaţii se poate administra un antispastic.

Dacă aderenţa dintre placentă şi peretele uterin este foarte mare (placenta acreta), nu se va forţa decolarea care poate produce o ruptură

uterină. Se consideră că decolarea şi extracţia manuală a placentei este terminată dacă: uterul este retractat, lehuza nu pierde sânge, cavitatea uterină a fost complet evacuată.

Complicaţii:

- imediate:
  - rupturi de col, vagin;
  - inversiunea uterină;
- tardive: risc septic.

Controlul manual şi instrumental al cavităţii uterine

Indicaţii:

- hemoragia din perioada de lehuzie imediată;
- verificarea integrităţii pereţilor uterini, în special a segmentului inferior după intervenţii obstetricale: forceps, versiune;
- naşterea prematură;
- după naşteri naturale pe uter cicatricial.

Controlul manual: constă în introducerea unei mâini în cavitatea uterină, în timp ce cealaltă mână susţine uterul.

Poziţia lehuzei, anestezia şi tehnica sunt aceleaşi ca la extracţia manuală a placentei.

Mâna introdusă va elimina eventualele resturi placen-tare şi cheaguri, apoi se face un control riguros al integrităţii pereţilor uterini. Mâna endouterină se scoate numai când uterul este gol, retractat şi lehuza nu mai pierde sânge.

în cazul unei leziuni de segment, nu se vor explora caracterele şi dimensiunile breşei, pentru a nu provoca noi hemoragii. în aceste cazuri, se va proceda urgent la efectuarea unei laparatomii, iar dacă condiţiile nu o permit, se va face reanimarea lehuzei, administrarea de ocitocice, antibiotice, în nici un caz nu se va meşa cavitatea uterină.

Unele şcoli obstetricale (IAŞI, prof. V. Dobrovici) au impus în locul controlului manual, **controlul instrumental,** considerând că acesta oferă o mai bună protecţie contra infecţiei.

Tehnică

Lehuza este în poziţie ginecologică, se efectuează dezinfectaţia regiunii perineale. Se evidenţiază colul uterin cu două valve şi se prinde buza anterioară a colului cu o pensă lată fără dinţi (Museux), făcându-se tracţiuni asupra sa. Un ajutor fixează fundul uterului.

Se introduce o chiuretă mare şi bontă (Bumm), controlând sistematic pereţii uterului. Nu se va urmări niciodată apariţia „strigătului uterin" ca la un chiuretaj obişnuit.

Complicaţii: perforaţia uterină, sinechia uterină.

Revizuirea uterină cu verificarea filierei pelvi-genitale, este primul gest efectuat în caz de hemoragie.

Expresia uterină

Această manevră are drept scop întărirea efectelor expulzive ale contracţiilor uterine.

Indicaţii

Această metodă este formal contraindicată de obstetrica clasică, reproşându-i-se o evoluţia forţată şi traumatizantă a capului fetal.

Datele noi, au arătat că apăsarea puternică asupra regiunii placentare poate altera schimburile matemo-fetale.

Indicaţia majoră este naşterea capului din urmă în prezentaţie pelvină cât şi toate cazurile unde există motive de grăbire şi terminare a naşterii.

Contraindicaţii:

- uterul cicatricial, marile multipare;
- hipertonia şi hiperchinezia uterină;
- placentă previa, DPNI.

Condiţii:

- localizarea echografică a placentei, col complet dilatat;
- prezentaţie longitudinală, contracţii uterine prezente.

Tehnică: manevra sa practică numai în timpul contracţiei uterine, cu ambele palme la fundul uterului; în direcţia axului bazinului, cu o forţă moderată.

Complicaţii: ruptura uterină, ruptura colului, hemoragii.

Meşarea cavității uterine

Metodă de hemostază controversată, meşarea cavităţii uterine poate reprezenta o modalitate terapeutică alternativă conservatoare, care evită histerectomia de hemostază.

Indicaţii: hemoragiile din lehuzia imediată, datorate hipotoniei uterine.

Cu toate că există o contraindicaţie între tamponamentul uterin şi fiziologia hemostazei postpartum, dacă meşarea se face strâns, astfel ca compresia exercitată asupra arterelor spiralate să fie mai mare ca presiunea sistolică, rezultatele sunt notabile (la aceasta se adaugă efectul de excitaţie mecanică a uterului).

Tehnică: după expunerea colului uterin cu valve, se prind buzele colului cu două pense Museux (anterior şi posterior) şi se tracţionează colul până ajunge în aria vulvei. Un ajutor susţine fundul uterului.

Cu o pensă port-tampon, se introduc în cavitatea uterină până la fundul uterului, meşele (lungimea unei meşe = 1 m, lăţimea 10 cm). într-un uter relaxat, se pot introduce 2 - 4 meşe, din care se păstrează 5 - 10 cm în aria colului. Meşele se menţin intrauterin 4 - 6 ore.

Uneori pentru evitarea infecţiei, meşele pot fi îmbibate cu o soluţie de antibiotic, sau aceasta poate fi injectată prin meşe. în unele situaţii meşele se pot umezi cu o soluţie de apă oxigenată sau inhibitori enzimatici.

Trebuie menţionat că meşarea cavităţii uterine nu se va asocia niciodată cu meşarea cavităţii vaginale, a cărei eficienţă este practic nulă. Uneori, hipotonia este mai greu de corectat, reactivitatea uterină fiind scăzută. în aceste cazuri, sângerarea genitală continuă, meşele sunt îmbibate de sânge, ceea ce impune extragerea acestora, revizuirea cavităţii uterine şi remeşarea. Aceste tehnici nu se vor repeta de multe ori, decizia luându-se în funcţie de cantitatea de sânge pierdută, starea generală etc.

Scoaterea meşelor impune de asemeni administrarea unui uterotonic cu 15 minute înainte.

Complicaţii: soluţie de continuitate la nivelul uterului, infecţia datorită creării unei cavităţi închise.

Ruperea artificială a membranelor

RAM este o manevră care se poate executa în trei circumstanţe:

- în cazuri eutocice;
- în cazuri patologice;
- pentru declanşarea naşterii.

În cazuri eutocice: RAM înaintea dilataţiei complete, în cursul unei naşteri normale, în prezentaţie craniană, este o intervenţie foarte frecven-

tă, făcând parte din dirijarea naşterii, datele clinice şi tocometrice evidenţiind o accelerare a travaliului după ruperea membranelor.

Momentul optim este la debutul celei de-a II-a faze a dilataţiei (la o dilataţie de 5 - 6 cm).

În cazuri patologice:

- placenta previa marginală sau laterală;
- hematomul retroplacentar.

Aceste două indicaţii sunt indiscutabile, RAM fiind primul timp al tratamentului, uneori suficient (reducerea sânge-rării în caz de placentă previa şi reducerea tensiunii intrauterine în caz de DNPI).

- hidramnios acut;
- distocii de dinamică;
- în cadrul probei de naştere RAM reprezintă primul timp.

Declanşarea naşterii: amniotomia singură poate induce declanşarea contracţiilor uterine într-o perioadă de 12 - 24 ore.

Contraindicaţii

- prezentaţia oblică, pelvină, facială;
- făt mort (favorizează infecţia).

Incidente

- procidenţa de cordon, favorizată de un exces de LA sau de lipsa angajării capului fetal;
- în hidramnios acut, evacuarea brutală a LA poate induce prezentaţie distocică, cât şi decompresia bruscă a abdomenului, cu repercusiuni asupra hemodinamicii.

Tehnică

Gravida se află în poziţie ginecologică. Sunt descrise două maniere de RAM:

- la vedere, când manevra se execută cu o pensă Kocher, în timpul unei contracţii uterine. Această manieră se recomandă în caz de placentă previa marginală sau laterală, unde examenul vaginal digital poate decola părţi din placentă;
- în toate celelalte cazuri, RAM se va efectua pe degetele ghid a mâinii intravaginale, cu ajutorul unei pense speciale (în cârlig), în timpul unei contracţii uterine.

Deschiderea orificiului de ruptură, nu va fi mare, iar după RAM mâna vaginală rămâne pe loc pentru a temporiza scurgerea LA şi a evita o procidenţă de cordon.

După scurgerea LA, mâna vaginală apreciază în timpul unei contracţii starea colului şi a prezentaţiei.

VERSIUNEA EXTERNĂ

Versiunea prin manevre externe au ca indicații:

- prezentația pelvină cu făt unic (indicația principală)
- prezentația pelvină a fătului doi în sarcina gemelară după nașterea fătului unu.

Manevra se execută la 36 săptămâni.

Contraindicații absolute:

- bazinul îngustat;
- uter cicatricial;
- suferință fetală;
- sarcină gemelară;
- oligoamnios;
- izoimunizare;
- HIV pozitiv.

Contraindicații relative :

- malformații fetale, circulară de cordon;
- membrane rupte prematur;
- HTA, placenta anterioara;
- primipară în vârstă.

Tehnica

- manevra se execută în sala de nașteri
- vezica goală, se face înregistrarea RCF(ritm cardiac fetal)
- echografie pentru precizarea poziției placentei, poziția fătului;
- se administrează beta mimetice.

Gravida va sta în decubit dorsal, sau lateral. Primul timp constă în ridicarea pelvisului fetal cu marginea cubitală a mâiniișsi împingerea lui în lateral de partea spatelui fetal. Dacă prezentația nu este mobilizată , gravida se așează în Trendelenburg. După împingerea pelvisului , cu mâna cealaltă se flectează (împinge) capul fetal către fața lui ventrală și se continuă presiunea verticalizând fătul.

După efectuarea versiunii, se continuă înregistrarea RCF pentru 60 minute. La gravidele Rh negativ se injectează gama globulină.

Utilizarea de bandaje elastice pentru menținerea versiunii este o metodă îndoielnică.

Complicațiile sunt suferința fetală acută,DpNi, ruptura prematură de membrane sau ruptura uterină.

În caz de durere ce apare în timpul manevrei aceasta se va opri și se va repoziționa fătul.

Manevra reușește în 40 - 82 %. În caz de eșec manevra se poate repeta de 2- 3 ori.

VERSIUNEA INTERNĂ

Definiţie

VI sau podalică constă în intervenţia obstetricală manuală executată în cavitatea uterină, care transformă o prezentaţie în alta (practic în prezentaţie pelvină), urmată de extragerea fătului din uter şi filiera pelvigenitală.

Frecvenţa este diferit raportată, după şcoala obstetricală, variind între 0,16 - 0,23%. Pentru înţelegerea manevrei se vor aprofunda datele anatomice referitoare la mobilul fetal, canalul dur şi moale (vezi bazin osos).

Fiziopatologie

V.l. propriu-zisă este o intervenţie puţin traumatizantă pentru mamă şi făt. Cu toate acestea, VI este considerată cea mai feticidă manevră obstetricală, iar explicaţia rezidă în faptul că VI este urmată de marea extracţie, aceasta constituind drama fetală.

Intervenţia se execută sub anestezie profundă, ceea ce determină diminuarea până la dispariţie a componentei contractile a uterului şi a presiunii uterine. Aceasta va induce o atitudine de semiflexie sau semideflexie a capului fetal. Tracţiunea pe trunchiul fetal, tinde să menţină sau să accentueze poziţia indiferentă a capului fetal, care ajunge în excavaţie insuficient flectat, înaintarea sa fiind foarte dificilă datorită utilizării celor mai mari diametre.

Pierderea tonicităţii muşchilor flexori ai fătului, lipsa unei forţe uterine care să menţină flexia membrelor superioare în timpul tracţiunii, frecarea de pereţii canalului pelvin, determină ridicarea pasivă a braţelor care complică şi mai mult manevra de extracţie.

Dificultatea în extracţia craniului necesită o serie de manevre traumatizante care încetinesc oxigenarea creierului. Mai mult, tracţiunea

pe făt şi schimbarea de temperatură, determină mişcări respiratorii fetale şi inhalarea de LA. Dificultatea în extracţia capului fătului determină un aflux sanghin spre craniu şi stagnarea returului venos, ceea ce va induce transudarea de lichid (edem cerebral).

Angajarea capului din urmă determină însă şi un modelaj al craniului, care se repercutează asupra creierului care nu este compresibil.

în plus, presiunea LCR este crescută prin afluxul de lichid şi edemul cerebral. La aceste modificări care pot fi în limite normale, se pot adăuga tracţiunile brutale care pot produce leziuni directe ale encefalului, întinderi ale măduvei sau rupturi ale cortului cerebelos (semn anatomopatologic de manevră dificilă de extracţie).

Aceste date sunt suficiente pentru a explica caracterul feticid al manevrei de V.l.

Indicaţii

- Singura indicaţie majoră rămasă din multiplele indicaţii clasice, este cel de-al doilea făt din sarcina gemelară aflat în prezentaţie transversă.
- O altă indicaţie care poate fi luată în discuţie, este prezentaţia transversă ia multipare în travaliu, când sunt îndeplinite toate condiţiile.

Contraindicaţiile rezultă din neîndeplinirea condiţiilor.

Condiţii:

- făt viu, viabil, de dimensiuni normale sau mai mic;
- col complet dilatat, membrane intacte;
- tonus uterin normal;
- prezentaţie neangajată;
- bazin osos normal, canal pelvin permeabil.

Pregătirea preoperatorie constă în: golirea emoncto-riilor, gravida în poziţie ginecologică, antiseptizarea regiunii perineale, crearea unui câmp operator, pregătirea operatorului şi a instrumentarului: valve, pense de col, material sutură, forceps montat, material de reanimare a noului născut. Masa ajutătoare nu se va aşeza sub parturientă ci lateral.

Anestezia: generală.

Tehnică: preoperator se va efectua: verificarea diagnosticului de prezentaţie şi poziţie prin EVD.

Manevra obstetricală va fi rapidă însă blândă, iar tehnica comportă trei timpi:

1. Introducerea mâinii şi apucarea piciorului;

2. Evoluţia fătului (versiunea internă);
3. Extracţia fătului.

1) Introducerea mâinii şi apucarea piciorului

Uneori, primul timp al VI este ruperea artificială a membranelor (în caz de prezentaţie oblică la multipare sau prezentaţie oblică al celui de-al doilea făt dintr-o sarcină gemelară biamniotică).

Cu o mână se depărtează labiile, iar mâna cealaltă în poziţia mâinii de mamoş, pătrunde prin mişcări de înşurubare în vagin. Acum mâna externă fixează fundul uterului. Mâna vaginală va pătrunde în cavitatea uterină, unde se face diagnosticul de picior şi de picior bun.

Ca regulă generală, mâna introdusă este aceea de partea la care se află pelvisul fetal, iar piciorul apucat este cel inferior în poziţiile dorso-anterioare şi cel superior în poziţiile dorso-posterioare.

Autorii moderni recomandă introducerea mâinii drepte şi apucarea piciorului accesibil.

Diagnosticul de picior: piciorul face cu gamba un unghi de 90°, călcâiul proemină, degetele sunt egale şi în acelaşi plan.

Diagnosticul de picior bun: se face prin palparea marginilor, cea externă fiind mai subţire.

Piciorul se apucă între index şi medius îndoite în croşet la nivelul articulaţiei tibio-tarsiene, policele fiind sprijinit pe călcâi.

2) Evoluţia fătului (versiunea internă) constă în verticalizarea prezentaţiei. în timp ce mâna internă exercită tracţiuni blânde, continue asupra piciorului, mâna externă acţionează transabdominal, împingând în sus capul fetal. Tracţiunea pe picior se face în jos, cât mai posterior, până ce genunchiul fetal a apărut la vulvă. în acest moment, VI a fost îndeplinită.

3) Marea extracţie - vezi asistenţa naşterii în prezentaţia pelvină.

Postoperator:

- extracţia manuală şi controlul manual al cavităţii uterine şi al integrităţii uterului;
- controlul părţilor moi, episiorafia;
- reanimarea noului-născut.

Dificultăţi de tehnică pot apare în timpul efectuării VI propriu-zise, sau în timpul extracţiei fătului. Dificultăţi în efectuarea VI:

- procidenţa de braţ: se va lăsa liber;

- procidenţa de cordon: nu jenează versiunea;
- apucarea unei mâini în loc de picior: se va lăsa liberă mâna şi se continuă căutarea piciorului bun;
- dificultăţi în prinderea piciorului: arată că uterul este contractat, deci se va aştepta până cedează contracţia, sau se adânceşte anestezia;
- retracţia uterină, care face imposibilă evoluţia fătului. în această situaţie, se adânceşte anestezia, iar dacă nu se reuşeşte manevra, aceasta nu va fi continuată şi se va recurge la operaţia cezariană;
- dacă în cursul unei VI manevra de verticalizare a fătului devine deodată foarte uşoară, se suspicionează o ruptură uterină, iar după extracţia fătului şi a anexelor, se face un control riguros manual;
- dificultăţi în efectuarea extracţiei fătului (vezi prezentaţia pelvină).

Complicaţii

Materne:

- imediate: rupturi uterine, de col, părţi moi, şoc obstetrica!, hemoragii;
- tardive: infecţii, leziuni cicatriciale ale părţilor moi, tromboflebite.

Fetale:

- traumatismul fetal care poate determina moartea fătului;
- asfixie;
- hemoragii cerebrale;
- înfundări ale oaselor craniului;
- fracturi, paralizii de plex brahial.

Prognostic:

- matern: este rezervat, ruptura uterină fiind responsabilă de unele decese materne;
- fetal: VI este cea mai feticidă intervenţie obstetri-cală (mortalitatea perinatală fiind de 10 - 30%).

OPERAŢIA CEZARIANĂ

Definiţie, istoric, clasificare

Etimologia admisă pentru desemnarea cuvântului „cezariană", reprezintă interpretarea unui text ambiguu a lui Pline L'Ancien, după care numele primului Cezar născut a fost dat în legătură cu operaţia efectuată la naşterea sa şi care a derivat din cuvântul „Cesus" care înseamnă „deschidere prin secţiune".

Nici etimologia cuvântului „Cezar" nu este clară. Ar fi un cuvânt de origine punică, desemnând un animal foarte puternic.

O altă interpretare se referă la derivarea termenului de la adjectivul „caesius" şi care semnifică culoarea albastră a ochilor unui membru al familie Cezar.

După cultura sancrită, „kesara" semnifică un păr lung şi bogat, iar numele de Cezar, semnifică o podoabă capilară abundentă, considerată un semn regal.

Indiferent de originea sa, termenul de cezariană a fost creat şi utilizat prima dată de către Francois Rousset în 1581.

Primele intervenţii efectuate cunoscute, au avut loc în secolul XVI, iar prima sutură la cezariană aparţine lui Debas (1669), pentru ca în 1876 Porro să practice prima intervenţie mutilantă.

Tehnica clasică se dezvoltă în sec. XVIII - XIX, odată cu argumentarea unirii plăgii operatorii cu suturi (1881, Kehrer şi Sânger).

Perioada modernă începe din 1908 când Frank descrie tehnica cezarienei segmentare, iar Dorffler şi Fuchs introduce tehnica inciziei segmento-transversale.

Definiţie

Operaţia cezariană este intervenţia chirurgicală care constă în deschiderea abdomenului şi secţiunea peretelui uterin, pentru extragerea fătului şi a anexelor.

Clasificare

După calea de abord se descriu:

- cezariana abdominală;
- cezariana vaginală, termen adoptat mai târziu, care deşi a devenit clasic, nu este acceptat de toţi autorii, preferându-se termenul de histerotomie vaginală.

După vârsta sarcinii:

- cezariana propriu-zisă, care extrage un făt viabil;
- mica cezariană: intervenţie de necesitate efectuată înainte de 24 săptămâni.

După nivelul la care se practică histerotomia:

- cezariană corporeală (de excepţie);
- cezariană segmentară - transversală (regulă);
- cezariana segmento-corporeală.

Frecvenţa diferă după şcoala obstetricală, fiind între 5 şi 25% cu tendința certă de creștere datorită creșterii frecvenței uterului cicatricial, al suferinței fetale sau datorită introducerii noțiunii de "cezariană la cerere".

Date anatomice

Operaţia cezariană se poate executa fie la nivelul corpului uterin (pe faţa anterioară a uterului, incizia fiind mediană), fie de regulă la nivelul segmentului inferior.

Segmentul inferior este o regiune anatomică temporară, care se constituie în ultimul trimestru de sarcină, desăvârşindu-se în travaliu. Lacomme descrie segmentul inferior astfel: „segmentul inferior nu este o entitate anatomică definită, căci forma, întinderile sale şi limitele sale sunt variabile".

Segmentul inferior se dezvoltă din istmul uterin diferit după paritate: la primipare, formarea sa începe după luna a VI-a, iar la multipare se poate forma chiar în timpul naşterii. Calitatea segmentului, este legată şi de modul prezentaţiei: în prezentaţia pelvină sau oblică, nefiind solicitat, segmentul este gros, iar în prezentaţia craniană, acesta este foarte subţire.

Subţiimea segmentului, redusa sa vascularizaţie, fac din aceasta regiune o zonă optimă pentru incizie, dar şi pentru rupturile uterine.

Ca situaţie, segmentul se află între corpul uterin şi col.

Forma segmentului inferior este de con cu baza mare în sus, având o înălţime de 8 -10 cm, lăţime de 12 - 14 cm şi o grosime de 3 - 5 mm (subţiimea segmentului este un semn de eutocie).

Peretele anterior este mai larg dezvoltat şi mai subţire. Formarea segmentului se datoreşte mai multor factori:

- redresării uterului către luna a IV-a, ceea ce explică de ce este mai dezvoltat anterior;

- contracţiilor uterine, care produc o ascensiune a fibrelor circulare;
- presiunii intraovulare care este elementul principal de formare al segmentului inferior.

O caracteristică importantă a acestei regiuni este cantitatea redusă de fibre musculare, cât şi laxitatea peritoneului, ceea ce a permis dezvoltarea cezarienei segmentare transversale.

Limitele:

- inferior, orificiul intern al colului;
- superior: anatomic sunt mai multe repere:
  - vena circulară (vena coronară Krantz);
  - prima ramură a arterei uterine;
  - un plan care trece prin orificiul profund al canalului inghinal;
  - modificarea de grosime a peretelui anterior;
  - existenţa unui inel muscular (Bandl). în realitate acest inel poate exista la înălţimi variabile şi corespunde unei contracţii parţiale pasagere (Lacomme), neavând o existenţă anatomică permanentă.

Practic (chirurgical), limita superioară este locul unde peritoneul pelvin devine decolabil.

Rapoarte:

- faţa anterioară este acoperită de peritoneul visceral decolabil şi corespunde vezicii urinare, de care este separată prin fundul de sac vezico-uterin. Ţesutul celular lax subperitoneal, este un plan de clivaj puţin hemoragie;
- faţa posterioară, prin intermediul fundului de sac Douglas, vine în raport cu rectul şi sigmoidul;
- feţele laterale corespund pereţilor laterali ai pelvisului, de care sunt ataşate prin ligamentele largi. Prin dezvoltarea segmentului, baza ligamentelor largi este mult lărgită anteroposterior şi scurtată transversal, astfel că conţinutul acestei regiuni îşi modifică rapoartele.

Reperele anatomice care pot fi lezate în aceste zone, sunt ureterele, mai ales cel stâng (datorită dextrorotaţiei uterului) şi arterele uterine.

Vascularizaţia segmentului este dată de arterele etajate, transversale, de mic calibru. Vascularizaţia arterială este săracă, anastomozele

transversale sunt rare, spre deosebire de cele venoase care sunt mult mai bine reprezentate.

Fiziopatologic, segmentul inferior este sediul inserţiei placentei previa şi a rupturilor uterine.

Elemente de fiziopatologie în operaţia cezariană

Modificările cardio-vasculare din timpul sarcinii, pot influenţa parametrii hemodinamici din timpul operaţiei cezariene. Aceste concluzii au determinat modificarea atitudinii obstetricale faţă de gravidele cardiopate, unde naşterea naturală este regulă, intervenţia având numai indicaţie obstetricală.

Operaţia cezariană induce unele efecte hemodinamice, care în condiţii normale nu pun probleme deosebite asupra cordului. Aceste modificări se referă la creşterea întoarcerii venoase care se produce prin golirea bruscă a abdomenului şi surplusul de sânge rejetat în circulaţie.

Aceşti factori vor determina creşterea minut-volumului cardiac cu 45% (faţă de 18 - 20% în naşterea naturală). Creşterea întoarcerii venoase va determina o creştere a debitului cardiac şi a lucrului mecanic al cordului (cu 70%).

Extracţia fătului va induce o creştere a frecvenţei cardiace, care însă este temperată de un reflex vagal indus de creşterea presiunii în sinusurile carotidiene.

Alte modificări hemodinamice se referă la impactul hemoragiei din cursul cezarienei (în jur de 1000 ml, dublu faţă de naşterea naturală).

Practicarea operaţiei cezariene la nivelul segmentului inferior, printr-o incizie transversală, are unele avantaje certe oferite de structura segmentului. Regiunea este mai puţin vascularizată, ceea ce reduce riscul hematoamelor plăgii. Segmentul este supus mai puţin involuţiei, plaga avânt timp de cicatrizare, secţiunea fibrelor musculare se face în sensul orientării lor şi datorită musculaturii reduse, marginile plăgii nu au tendinţa de a se retracta. în plus, existenţa la nivelul segmentului a peritoneului decolabil, facilitează abordul acestei regiuni.

Faţă de avantajele oferite de incizia transversală a segmentului, incizia mediană corporală, are marele dezavantaj a abordului şi cicatrizării unei regiuni groase, contractile şi care involuează rapid, ceea ce face ca suturile să devină laxe, cicatricea este inextensibilă cu bogat ţesut conjunctiv, ceea ce pretează la ruptură.

Operaţia cezariană induce însă şi unele efecte negative asupra fătului (fără a creşte semnificativ mortalitatea fetală).

Aceste efecte sunt datorate:

- anesteziei (în special generală), care acţionează asupra centrilor respiratori fetali. Rahianestezia poate genera hipoxie fetală prin hipotensiunea maternă pe care o generează;
- poziţia parturientei pe masa de operaţie: pentru prevenirea sindromului venei cave inferioare, intervenţia se va efectua cu parturienta în decubit lateral stâng de 15°;
- traumatismul fetal în momentul extragerii sale;
- trecerii bruşte a fătului de la presiunea intrauterină la cea atmosferică, poate genera hipotensiune fetală, mai accentuată la prematuri;
- aspiraţia de lichid amniotic, care conţine o substanţă trofoblastică care ajută transformarea fibrinogenului în fibrină la nivelul alveolelor, dar această substanţă are şi rolul de vehicol pentru sângele matern inspirat, care poate provoca atelectazia.

Indicaţiile operaţiei cezariene

În cursul ultimilor 10 ani, indicaţiile operaţiei cezariene au suferit modificări, un prim element care a perturbat statisticele fiind reducerea indicaţiilor vitale (de urgenţă) în profitul celor preventive.

A doua tendinţă actuală, este creşterea indicaţiilor elective fetale care reprezintă 1/3-1/4 din totalul indicaţiilor.

Faţă de aceste aspecte, a apărut indicaţia de „cezariană la cerere", adoptată de unele şcoli obstetricale.

Hotărârea de a termina o naştere prin operaţie cezariană, poate fi dată de o indicaţie majoră, sau de un cumul de indicaţii, care fiecare separat nu justifică intervenţia, dar prin asociere o impun.

Indicaţiile pot fi clasificate în:

- indicaţii vitale (de urgenţă), pentru salvarea vieţii mamei sau fătului;
- indicaţii preventive (elective) determină intervenţia pentru evitarea prospectivă a unei patologii materne sau fetale, care poate apare în cursul evoluţiei spontane a naşterii.

După momentul efectuării, cezarienele se pot face înaintea declanşării naşterii (cezariene primare, „la rece"), sau secundar în cursul evoluţiei naşterii.

O altă terminologie utilizată în clasificarea indicaţiilor operaţiilor cezariene, se referă la indicaţii absolute sau relative. .

O categorie specială de indicaţii sunt cele fetale, care prin extindere au condus la scăderea semnificativă a morbidităţii şi mortalităţii fetale.

Faţă de elementele clare care sugerează suferinţa fetală, în această categorie este inclusă şi indicaţia de efectuare a intervenţiei pentru „o sarcină preţioasă" şi implicit pentru „un făt preţios" (sarcina obţinută după tratamentul sterilităţii, morţi in utero etc). Considerând însă că toate sarcinile şi implicit toţi feţii sunt preţioşi, această indicaţie indusă de unele date anamnestice, nu este acceptată de toţi specialiştii.

Prezentăm în continuare indicaţiile operaţiei cezariene, conform normelor tehnice:

1) Imposibilitatea naşterii pe cale vaginală:
   - distocia mecanică: disproporţia feto-pelvină, bazin viciat, distocia de prezentaţie, tumori previa;
   - distocia dinamică: hipertonia şi hiperchinezia necorectate medicamentos, sau distociile de dilataţie;
   - placenta previa centrală, constituie o indicaţie absolută chiar în absenţa sângerării;
   - cicatrici uterine de proastă calitate

2) Imposibilitatea acceptării continuării evoluţiei sarcinii, în caz de:
   - suferinţă fetală acută sau cronică indusă de patologia de cordon, sarcină prelungită, gestoze, izoimunizare Rh, diabet zaharat, boli cronice grave, cu repercusiuni asupra fătului;
   - afecţiuni influenţate nefavorabil de naşterea naturală:
     - cicatrice uterină sau perineo-vaginală;
     - neoplasm de col, abdomen acut chirurgical;
     - herpes genital;HTA, cardiopatie, accident vascular cerebral, insuficienţă respiratorie
     - marea prematuritate.

Faţă de aceste indicaţii, se impun câteva precizări în legătură cu unele situaţii care recomandă operaţia cezariană:
   - insuficienţa placentară, care poate fi:
     - respiratorie (diagnostic cardiotografic);

- nutriţională (hipotrofia fetală);
- hormonală (scăderea estriolului şi a HPL);
- mixtă.

Dintre aceste entităţi, insuficienţa placentară respiratorie impune cezariana.

- ruperea prematură a membranelor: dacă fătul este matur, se va proceda la declanşarea artificială a naşterii, dacă travaliul nu s-a declanşat spontan după 24 ore. Lipsa activităţii uterine după tentative de DAN, impune cezariana sub protecţie de antibiotice;
- prezentaţia pelvină: singură, nu este o indicaţie, aceasta rezultând din asocierea altor elemente obstetricale (primi-pare în vârstă, membrane rupte prematur, bazin viciat, sarcină obţinută după tratament pentru sterilitate etc);
- uterul cicatricial: calitatea unei cicatrici uterine depinde de localizarea sa, de factori generali (vârstă, constituţionali, patologie generală), factori loco-regionali (infecţia) sau de tehnică (tipul de sutură), cât şi de verificarea (evaluarea) calităţii cicatricei prin HSG. Atitudinea faţă de uterul cicatricial la o nouă naştere diferă după şcoala obstetricală, un element important de decizie fiind posibilitatea monitorizării materno-fetale.

Riscurile la care este supusă gravida cu uter cicatricial, au impus cezariana iterativă de principiu, pentru unele şcoli obstetricale (şcoala ieşeană). Alte şcoli acceptă o atitudine electivă, în funcţie de statutul socio-economic, religios sau etnic, care sunt factori uneori mai importanţi decât argumentele medicale.

Indicațiile din sala de nașteri pot fi:

- urgențe - preruptura uterină, hemoragia, suferința fetală acută.
- eșecul probei de naștere.

În condiţii obişnuite, se pot efectua 2 - 3 cezariene, după care se poate practica sterilizarea prin ligatura tubară.

Contraindicaţi, condiţii

Practic, nu există contraindicaţii pentru operaţia cezariană (chiar contraindicaţia expresă de făt mort este relativă, când se asociază cu o decolare placentară, şoc matern şi sindrom hemoragie).

Formal se pot contura:

- contraindicaţii absolute: posibilitatea rezolvării cazului pe cale joasă, infecţia amniotică gravă;
- contraindicaţii relative:
  - leziuni supurative ale peretelui abdominal;
  - prezentaţie angajată;
  - contraîndicaţia maternă pentru o intervenţie chirurgicală.

Condiţii

Condiţiile de efectuare ale operaţiei cezariene, nu îşi păstrează rigurozitatea iniţială. Clasic, sunt descrise următoarele condiţii:

- făt viu, viabil, segment inferior format;
- prezentaţie neangajată, absenţa infecţiei amniotice. Indicaţiile cezarienei corporale mediane: cu toate că acest tip de incizie este proscris datorită calităţilor neperformante ale cicatricei, uneori sunt situaţii când suntem obligaţi să recurgem la această tehnică.

Această atitudine este dictată aproape întotdeauna de constatarea unei situaţii obstetricale de urgenţă; aceste cazuri sosesc într-o unitate specializată din teren şi evaluarea avantajelor pe care le-ar oferi o incizie segmentară transversală se face în beneficiul fătului.

Situaţiile care impun incizia mediană corporală sunt:

- prezentaţia transversă cu membrane rupte şi uter retractat pe făt;
- iminenţa de ruptură uterină;
- orice situaţie care nu permite abordul segmentului inferior: varice voluminoase, segment neformat, placentă previa centrală, cezariană urmată de histerectomie.

Tehnica operaţiei cezariene

Aceasta este bine codificată şi cuprinde pregătirea preoperatorie, momentului intervenţiei, anestezia, poziţia par-turientei, tehnica propriu-zisă, accidente, complicaţii imediate şi tardive.

Pregătirea preoperatorie

De multe ori, operaţia cezariană este o intervenţie de urgenţă, care nu permite decât iodarea mâinilor operatorilor. Aceste intervenţii de ur-

genţă, care nu permit o pregătire preoperatorie (clismă evacuatoare, investigarea stării biologice), se fac în beneficiul mamei (sindroame hemoragice grave) sau al fătului (suferinţă fetală acută).

Alteori, există posibilitatea unei pregătiri preoperatorii: în cazuri de urgenţă „amânată", sau efectuarea profilactică a intervenţiei.

Pregătirea preoperatorie se referă la unele măsuri obligatorii:

- testul la anestezicul local;
- determinarea grupului sanghin şi a Rh;
- administrarea de atropină cu 30 minute înainte; sondă vezicală, clismă evacuatoare.

Poziţia gravidei pe masa de operaţie va fi în decubit lateral stâng de 15° pentru a preveni şocul postural.

Anestezia

Anestezia în operaţia cezariană este în funcţie de indicaţie şi condiţiile de efectuare. Tipul de anestezie poate fi influenţat de şcoala obstetricală sau condiţiile oferite de o unitate sanitară (prezenţa permanentă a anestezistului).

Alegerea unei metode de anestezie depinde de experienţă, gradul urgenţei, probleme de fiziopatologie asociate indicaţiei operatorii, starea mamei şi a fătului şi nu în ultimul rând dorinţa pacientei.

— Anestezia generală: are avantajul de a fi indusă rapid, nu implică nici un risc septic, nu determină hipotensiune având o durată foarte mare. Riscul maxim este de aspiraţie bronşică a conţinutului gastric (mai ales când este practicată de urgenţă), sau o bronhopneumonie chimică, realizând sindromul Mendelson. Intervalul de timp necesar unei evacuări gastrice, este de 4 - 5 ore.

în condiţii de urgenţă, se poate administra un antiacid. Anestezia generală impune însă o echipă bine antrenată pentru execuţia intervenţiei, astfel ca fătul să fie extras într-un interval cât mai scurt 3 - 4 minute), pentru a nu fi influenţat de drogurile administrate.

Acest tip de anestezie prezintă şi avantajul efectuării (dacă este cazul) a unei intervenţii mai largi (histerectomie de hemostază).

— Anestezia loco-regională

- anestezia peridurală (efectuată de medicul anestezist), reprezintă la ora actuală cea mai utilizată metodă, alături de anestezia generală.

Acest tip de anestezie păstrează conştienta gravidei, ceea ce are un efect benefic asupra psihicului parturientei, evită accidentele rahianestezieiei (cefalee) şi dă foarte rar hipo-tensiune.

Dezavantajele decurg din: tehnică, uneori dificilă, riscul efectuării unei anestezii rahidiene, apariţia de hipotensiune. - rahianestezia, a fost aplicată pentru prima dată în obstetrică în 1900. Acest tip de anestezie, utilizat în operaţia cezariană, necesită prezenţa obligatorie a medicului anestezist, fiindcă una din complicaţiile de temut este hipotensiunea arterială şi insuficienţa respiratorie urmată de hipoxie severă, care poate produce stop cardiac.

Hipotensiunea este constantă dacă nu se administrează preventiv un vasopresor. Cu toate măsurile aferente, o hipotensiune sub 10 mmHg este nocivă irigaţiei placentare.

Stopul cardiac, complicaţie relativ frecventă la gravide, necesită măsuri urgente de resuscitare. De aceea Greenhill afirmă că anestezia rahidiană este cea mai riscantă metodă anestezică care se poate aplica la o gravidă.

Tehnica cezarienei segmentare transversale

Abordul cavităţii peritoneale se poate face pe linia mediană subombilicală, sau transversal prin incizie Pfannenstiel. Unicul avantaj al inciziei mediane este de a fi realizată rapid, deci se va prefera în cazuri de urgenţă. în situaţia unei cicatrici mediane, se va prefera acelaşi tip de incizie.

Incizia Pfannenstiel este uşor arcuită în sus, şi se face fie în plina zonă pilozitară, la un lat de deget deasupra simfizei, fie în partea superioară a acestei zone, urmând pliul cutanat natural care există în partea inferioară a abdomenului.

Avantajele acestui tip de incizie:

- este o incizie estetică, cicatricea rămânând camuflată în pilozitatea pubiană;
- evită eventraţia postoperatorie datorită faptului că sutura peritoneului şi musculaturii se face longitudinal, în timp ce aponevroza şi tegumentele sunt suturate transversal. Se creează astfel două linii de sutură, perpendiculare una pe alta, ceea ce împiedică formarea zonelor de minimă rezistentă;
- respectă fiziologia planurilor anatomice prin păstrarea intactă a nutriţiei (vascularizaţiei) şi a sensibilităţii acestora;
- permite mobilizarea precoce a bolnavelor.

Dezavantaje: câmpul operator mai redus, timpul operaţiei mai lung, hematoame simple sau supurate.

Se continuă incizia transversală a ţesutului celular subcutanat şi a aponevrozei, în sus până aproape de ombilic iar în jos până la marginea superioară a simfizei. O variantă de tehnică incizează median aponevroza, ceea ce evită decolarea planului muscular, oferind o lărgire a câmpului operator.

Peritoneul se deschide în 1/3 superioară a inciziei (pentru a nu leza vezica urinară), apoi se incizează median în sus până la nivelul decolării aponevrozei, iar în jos până la 1 cm de baza vezicii urinare. După deschiderea cavităţii peritoneale, se pot monta două depărtătoare (median şi lateral), sau se poate utiliza o valvă suprapubiană. Se face izolarea anselor cu un izolator umezit.

Pregătirea segmentului inferior: se face o butonieră mediană la 1,5 cm de răsfrângerea peritoneului visceral (în fundul de sac vezico-uterin) şi se deschide lateral peritoneul pe o distanţă de 8 - 10 cm. Se decolează moderat marginea superioară şi cea inferioară, decolând puţin vezica urinară. Decolarea inferioară poate fi mai dificilă în caz de cezariană iterativă. După decolare, segmentul inferior este abordabil.

Incizia segmentară transversală: se poate face cu bisturiul median. Dacă membranele sunt intacte, ele vor hernia prin transă. Se recomandă păstrarea integrităţii membranelor.

Incizia se lărgeşte transversal, pe o distanţă de 10 cm. Capetele inciziei vor fi uşor arcuite în sus, pentru a se evita prelungirea acestora către baza parametrelor. Pentru prelungirea inciziei, se poate utiliza foarfecele sau indexul de la ambele mâini (lărgirea digitală a inciziei, realizează o disociere a fibrelor musculare, fiind mai puţin hemoragică):

Nivelul la care se face incizia segmentului este diferită după gradul de dilatare al colului: dacă colul nu este dilatat, incizia va fi mai sus situată. Extracţia fătului:

— în prezentaţia craniană: uneori este suficientă o presiune la fundul uterului, capul fetal fiind ajutat cu mâna stângă introdusă sub prezentaţie şi utilizată cu un levier, sau se introduc două degete în gura fătului, rotind capul în O.S.

În caz că prezentaţia este angajată, iar incizia de histerotomie-este sus situată, în aria plăgii se poate prezenta un umăr sau un braţ al fătului. Pentru a putea aborda capul fetal, cu mâna dreaptă se va împinge fătul în sus de umeri. Manevra este mai uşoară sub anestezie generală.

În caz de placentă previa anterioară, extracţia capului poate fi dificilă. în aceste situaţii se poate trece transplacentar (manevră hemoragică), sau se poate efectua decolarea placentei, lateral până se ating membranele, care se rup, urmând extracţia capului.

În situaţia unui cap fetal greu abordabil, se pot utiliza pentru extracţie să fie lingurile unui forceps, fie vidextractorul. în nici un caz nu se vor aplica pe scalpul fetal pense, pentru a ajuta extracţia.

Extracţia umerilor şi a membrelor inferioare nu pune nici un fel de probleme.

Unii autori recomandă în caz de extracţie dificilă a capului (prezentaţie angajată), prelungirea inciziei pe marginea superioară a plăgii, pe o distanţă de 3 - 4 cm („incizia în T"), care evită rupturile inferioare şi laterale ale segmentului inferior.

Acest tip de incizie contestată de majoritatea specialiştilor, ascunde de fapt necunoaşterea exactă a situaţiei obstetricale şi neevaluarea preoperatorie a posibilităţilor de extracţie a fătului (într-o prezentaţie angajată sau la o prezentaţie oblică cu membrane rupte, se preferă de la început histerotomia mediană corporală).

— în prezentaţia pelvină, extracţia fătului se face prin abordul unui membru inferior, ca şi în prezentaţia transversă.

Extracţia anexelor fetale, se poate face manual sau aplicând o presiune uşoară la fundul uterului. Acum, se recomandă utilizarea unui ocitocic. După delivrare, se va practica sistematic un control al cavităţii uterine (manual sau instrumental). Pentru a stimula contracţiile uterine şi pentru a oferi un câmp operator mai puţin hemoragie, unii autori recomandă introducerea în cavitatea uterină a unui izolator.

În caz de efectuare a operaţiei cezariene la o naştere nedeclanşată (cu col închis), se recomandă introducerea unei pense lungi prin plaga de histerotomie în col, deschizând de câteva ori pensa, după care aceasta se îndepărtează. Această manevră ar uşura drenarea lohiilor.

Sutura uterului, se face cu material rezorbabil, principiul fiind acela a unei suturi musculare (adaptarea transelor de secţiune), cu puncte separate extramucos (evitându-se antrenarea de ţesut endometrial care poate afecta soliditatea cicatricei, sau să favorizeze dezvoltarea unei endometrioze).

Sutura uterului, se poate face într-un plan, sau în două planuri, după obişnuinţa operatorilor.

Sutura se face cu fire separate. Utilizarea surgetului nu este recomandată fiindcă în caz de infecţie există riscul dezunirii totale a plăgii.

Sutura în două planuri (al doilea plan înfundându-l pe primul), are reputaţia teoretică de a fi mai rezistentă, însă prin înfundarea primului plan, se produce un pinten în cavitatea uterină, care poate jena drenarea lohiilor.

Peritonizarea se face cu surget de catgut.

Toaleta cavităţii peritoneale: se aspiră sângele iar cavitatea peritoneală poate fi spălată cu ser fiziologic cald.

După peritonizare se schimbă câmpurile şi instrumentarul.

Închiderea peretelui abdominal: sutura peritoneului visceral şi parietal cu surget de catgut, închiderea planului muscular cu fire separate de catgut şi închiderea aponevrozei cu fire separate sau surget. Fire separate de aţă la piele.

Închiderea abdomenului se face fără drenaj. în unele cazuri (hemostază dificilă, risc septic), se drenează cavitatea abdominală cu un tub plasat în fosa iliacă dreaptă, şi nu în Douglas care este blocat de uter.

După intervenţie, se exprimă uterul pentru a fi golit de cheaguri, şi se face o spălătură pe valva vaginală. Acest artificiu permite evacuarea sângelui care astfel poate fi aspirat în cavitatea uterină. Această măsură este cu atât mai oportună, ţinând cont că lehuza păstrează poziţia de decubit dorsal în primele 24 - 48 ore.

Complicaţiile operaţiei cezariene

Ca orice intervenţie chirurgicală care deschide cavitatea abdominală şi cezariana poate avea o serie de complicaţii.

- intraoperator: accidente hemoragice care pot fi determinate de deschiderea venelor dilatate (pe un segment neformat), sau o sângerare difuză a plăgii (hipotonie uterină). Mai rar hemoragia poate fi determinată de placenta acreta sau tulburări de coagulare.
  - plăgi viscerale: intestin, uretere sau vezică, care necesită o sancţiune chirurgicală urgentă.
  - sincopa anestezică, mai frecventă după rahianestezie;
- postoperator, pot apare:
  - complicaţii precoce: atonia intestinală, boala tromboembolică, hemoragia, infecţia;
  - tardive: hematom, infecţia parietală sau uterină.

Intervenţii asociate operaţiei cezariene

în unele cazuri, contextul efectuării operaţiei cezariene complicate cu o altă patologie, sau un accident brutal (şoc hemoragie), obligă la un act chirurgical lărgit sau adiţional.

Histerectomia-cezariană

Indicaţii:

- în timpul sarcinii: avort septic, cancer de col, ruptură uterină, fibrom uterin complicat, apoplexie utero-placentară;
- în timpul naşterii: (urmează de regulă operaţiei cezariene)
- placentă acretă, placentă previa cu hemoragie din patul placentar, apoplexia utero-placentară, ruptură uterină;
- în lehuzie: infecţia puerperală, hemoragia masivă.

Tehnica intervenţiei nu diferă de cea din afara sarcinii. Dacă decizia este luată anterior, se poate practica incizia mediană corporală.

Histerectomia în puerperalitate, are unele particularităţi oferite de dezvoltarea mai accentuată a pediculilor vasculari.

Un element ajutător îl constituie îmbibiţia seroaselor, ceea ce facilitează mult decolările, însă o particularitate o constituie grosimea pediculilor vasculari, care vor fi atent ligaturaţi (ligaturi duble).

De obicei procedeul tip este histerectomia subtotală interanexială, când marginea inferioară a transei de secţiune segmentare, reprezintă reperul pentru secţiunea uterină.

În schimb dacă histerectomia se face pe un col dilatat, nu mai există reper (în caz de histerectomie totală), datorită înglobării colului în segment, ceea ce presupune aplicarea unui martor (fir catgut), după decolarea vezicii, cât mai jos, la nivelul vaginului, deasupra căruia se va efectua histerectomia. Acest timp presupune o decolare vezicală mai întinsă, până la faţa anterioară a vaginului.

Cezariana şi miomectomia

De principiu, miomectomia nu este indicată în timpul operaţiei cezariene, datorită unor complicaţii pe care le poate genera intervenţia:

- risc hemoragie mare;
- lezarea ureterului în caz de fibrom localizat în ligamentul larg, complicaţii trombo-embolice;

- ileusul datorită unor bride aderentiale consecutive dificultăţilor de peritonizare.

În cazul în care miomectomia se consideră necesară, se va efectua numai în situaţia unui fibrom unic, pediculat, situat la fundul uterului.

Cezariana în infecţia amniotică

Infecţiile amniotice pot fi împărţite în patru grade:

- inaparentă clinic, când cezariana se execută după o perioadă de 12 - 15 ore de la ruperea membranelor, la o parturientă care a suportat mai multe EVD; în această situaţie, se practică o intervenţie clasică sub protecţie de antibiotice, cu protejarea cavităţii peritoneale cu câmpuri;
- infecţia amniotică moderată
- infecţia amniotică declarată;
- infecţia amniotică gravă.

Aceste situaţii impun măsuri suplimentare de protecţie cu asocieri de antibiotice, recoltarea intraoperatorie de LA pentru culturi, izolarea şi spălarea cavităţii peritoneale şi în funcţie de experienţă evacuarea cezarienei extraperitoneale.

în unele cazuri grave de infecţie amniotică sau făt mort, se poate practica de la început histerectomia în bloc.

Alte intervenţii care se pot executa concomitent cu operaţia cezariană sunt prezentate în cele ce urmează.

Sterilizarea tubară

Acest act presupune o evaluare riguroasă a indicaţiilor, metoda fiind ireversibilă, cu atât mai mult cu cât la momentul efectuării sale nu se cunoaşte exact dezvoltarea ulterioară a fătului. Totuşi, în afara unor indicaţii clare materne (boli grave, boli genetice, uterul după 3 sau 4 cezariene), această indicaţie se va practica la câteva luni după intervenţie, când se poate executa laparoscopic (coagularea bipolară sau montarea unor clipsuri sau inele de silastic).

Chistectomia

Chistectomia: un chist de ovar previa, sau un chist cunoscut dinaintea sarcinii, poate fi extirpat (kistectomie sau anexectomie), intervenţia fiind facilă.

Apendicectomia

Apendicectomia profilactică sau de necesitate efectuate în cursul unei cezariene, impune îngrijiri postoperatorii deosebite.

ALTE TIPURI DE OPERAŢIE CEZARIANĂ

Cezariana corporală

Cezariana mediană corporală, denumită şi „clasică", este o intervenţie inacceptabilă ca tehnică de rutină, având câteva indicaţii clare: când este urmată de sterilizare definitivă, de histerectomie, segment inferior inabordabil prin aderenţe sau tumori previa, postmortem (moarte clinică), prezen-taţie oblică cu membrane rupte.

Riscul major pe care îl comportă acest tip de intervenţie este ruptura uterină.

Tehnic, această intervenţie este facilă însă mai sângerândă. Histerorafia se face în două planuri, cu fire separate sau fire „în 8", urmate de sutura peritoneului visceral cu surget de catgut.

Mica cezariană

Este o cezariană corporală, realizată înainte de 24 săpt. în scop terapeutic: avortul de trimestrul II cu hemoragie importantă.

De remarcat că acest tip de intervenţie este de excepţie fiind efectuată numai în scop vital matern.

Mica cezariană, cu toate că nu mai este descrisă în tratatele moderne, rămâne o intervenţie care trebuie cunoscută.

Cezariana extraperitoneală

Acest tip de intervenţie a fost imaginat în scopul evitării contaminării cavităţii peritoneale în caz de infecţie intrauterină.

Principiul intervenţiei constă în abordarea segmentului inferior pe cale extraperitoneală, fie paravezical (vezica fiind împinsă într-o parte), fie supravezical (după ce vezica a fost împinsă în jos).

Abordul extraperitoneal al uterului este greoi, lent, cu riscuri pentru organele adiacente. Mai mult, avantajul teoretic care justifică această intervenţie, a fost contestat, argumen-tându-se că infecţia se poate pro-

paga la spaţiul extraperitoneal prin ţesutul celular adipos a retroperitoneului.

Această situaţie este mai riscantă decât contaminarea cavităţii peritoneale, bine delimitată de o seroasă recunoscută pentru apărarea sa antiinfecţioasă.

Pentru a evita dificultăţile de abord a spaţiului extra-peritoneal, s-a imaginat o tehnică specială (Crichton): se evidenţiază pe cale transperitoneală, planul de clivaj retrove-zical care permite abordul extraperitoneal a segmentului inferior, apoi se închide incizia iniţială a peritoneului parietal înainte de a deschide cavitatea uterină, acest timp fiind apoi extraperitoneal.

Prognostic

Prognostic matern

Factorii de care depinde incidenţa mortalităţii şi morbidităţii materne sunt:

- nivelul general de sănătate;
- incidenţa operaţiei cezariene;
- starea parturientei în momentul intervenţiei;
- calitatea serviciilor medicale.

Mortalitatea maternă postcezariană este de 1 - 2‰, principalele cauze fiind hemoragia, embolia pulmonară, infecţia, complicaţii anestezice. Statistic, în 10% cazuri operaţia cezariană este dificilă sau foarte dificilă, mortalitatea fiind de 10 ori mai mare faţă de naşterea naturală.

Morbiditatea postcezariană este greu de apreciat, totuşi sunt citate unele consecinţe ale intervenţiei: ruptură uterină, o scădere a fertilităţii, risc crescut de avort sau naştere prematură, sindrom dureros cronic pelvin, tulburări menstruale.

Prognostic fetal

Raportat direct la copii născuţi prin operaţie cezariană, complicaţiile fetale sunt mai numeroase, cu cât frecvenţa intervenţiei este mai scăzută. Creşterea semnificativă a indicaţiilor de cezariană în beneficiul fătului, au scăzut mult complicaţiile noilor născuţi, îmbunătăţind prognosticul.

Mortalitatea perinatală este în funcţie de: gradul de prematuritate, DPNI (25%), placentă previa (6%), ruptură uterină, diabet zaharat matern, cât şi de perioada de timp scursă până la indicarea intervenţiei.

Morbiditatea perinatală: depinde esenţial de factorii de risc sau de patologia ce a indicat intervenţia şi se exprimă prin scorul Apgar şi pH-ul din vasele ombilicale.

Factorii care influenţează imediat starea fătului sunt drogurile utilizate pentru inducerea narcozei cât şi scăderea perfuziei utero-placentare, consecutivă scăderii TA materne.

O consecinţă nefastă a neadaptării nou născutului, este riscul de apariţie a membranei hialine. Astfel, s-a constatat că incidenţa membranei hialine este mai mare dacă cezariana se efectuează înaintea declanşării naşterii, iar mecanismele invocate sunt:

- absenţa compresiei toracice fiziologice, asfixiei uterine prin hipoperfuzie utero-placentară cauzată de anestezie sau compresia venei cave;
- deficit în activarea surfactantului alveolar, sau lipsa eliberării de substanţe vasodilatatoare în circulaţia pulmonară datorită absenţei stress-ului reprezentat de naşterea naturală.

Complicațiile operației cezariene

Complicații materne:

→ peroperatorii:

- complicații anestezice;
- hemoragia peroperatorie, care complică 10% din intervenții. Ea se datorește unei hemostaze dificile a tranșei sau unei inerții uterine;
- rupturi ale segmentului inferior. Ele se datoresc unei histerotomii neadecvate cu greutatea fătului sau unor manevre brutale în timpul extracției;
- plăgi vezicale sau digestive.

→ postoperatorii:

- accidente tromboembolice;
- infecția sub formă de infecții urinare, pulmonare, endometrite, infecția plăgii;
- anemia.

Decolarea prematură de placentă normal inserată

Definiţie

Decolarea de placentă normal inserată se referă la formarea unui hematom între faţa maternă a placentei şi peretele uterin , după 20 săptămâni de sarcină şi înainte de expulzia fătului (sub 20 săptămâni boala evoluează ca un avort).

Această afecţiune este un accident paroxistic şi se deosebeşte de placenta praevia, în DPPNI placenta fiind normal inserată.

Frecvenţa este de 5 – 10 la mia de naşteri.

Factori de risc (favorizanţi):

- HTA de sarcină : DPPNI este complicaţia cea mai frecventă a HTA materne (70%), riscul fiind de 9 ori mai mare în acest context. Cu prevenirea complicaţiilor HTA materne a redus mult eclampsia nemodificând frecvenţa HRP.
- Paritatea: multiparele sunt mai expuse (risc dublu)
- Traumatismul este excepţional prin agresiune directă, versiune sau după ruperea membranelor în polihidramnios
- Carenţa de acid folic (defect de placentaţie)
- Fumatul, droguri
- Corioamniotita

Patogenie

DPPNI este iniţiată de o hemoragie apărută în decidua bazală. Cauza acestei hemoragii nu se cunoaşte, dar un element important îl constituie vasospasmul. Tulburările vasculare vor determina diapedeză, rupturi vasculare şi formarea unui hematom interuteroplacentar. Datorită anoxiei şi iritaţiei miometriale uterul se va contracta permanent (“uter de lemn”). În ultima etapă apar tulburări fluidocoagulante semnificative.

Anatomie patologică

- În **formele uşoare şi medii** leziunile sunt de degenerescenţă şi necroză a deciduei bazale. Sângele provine fie din placentă fie din alterarea vaselor uterine (modificări asemănătoare cu cele din HTA gestaţională).

Decidua suferă un clivaj, astfel că iniţial fenomenul se rezumă la un hematom decidual care va evolua inducând o hiperpresiune în zona decolată (cu repercusiuni asupra schimburilor materno-fetale).

Evolutiv hematomul va diseca spaţiul cuprins între membrane şi peretele uterin şi sângele se poate exterioriza sub forma metroragiei cu sânge închis la culoare.

- În **forma gravă** leziunile vor cuprinde miometrul şi apare o disecţie a fibrelor musculare. Zonele hemoragice pot cuprinde anexele, ligamentele largi, peritoneul visceral.

- În **formale complicate** apar leziuni în ficat, hipofiză, rinichi. Leziunile hepatice sunt ischemice, localizate periportal. La nivelul hipofizei pot apare fenomene de infarct ischemic al lobului anterior. Leziunile renale sunt de 2 tipuri: tubulo-nefrita acută şi necroza corticală care vor evolua cu IRA.

În funcţie de volumul hematomului se descriu:

- Grad 1: hematom de 30 – 50 ml
- Grad 2: hematom de 300 – 500 ml cu decolare a 1/ 3 din zona placentară
- Grad 3: hematom peste 1000 ml şi modificări evidente ale miometrului.

Diagnostic clinic

Forma tipică are un debut brutal ("ca un tunet pe cer senin") cu durere abdominală violentă cu sediu median sau lateral care difuzează la tot abdomenul.

- Metroragie cu sânge negru, sângerarea apare în 20% cazuri, iar cantitatea de sânge pierdută nu este în raport cu starea generală.
- Stare de şoc: anxietate, paloare, dispnee, tahicardie, extremităţi reci, hipotensiune.

Examenul obstetrical:

- Uter contractat ("uter de lemn"). Creşterea de volum a uterului datorită hematomului . Contracţiile uterine nu se mai percep.
- Membranele sunt sub tensiune, segmentul inferior este dur, lemnos, nu se pot percepe părţi fetale.
- BCF absente sau alterate
- Semnele sindromului hipertensiv gravidic pot lipsi, alteori apare o proteinurie masivă, HTA, edeme.

În **formele uşoare** simptomatologia este mai estompată: dureri reduse, uşoară hipertonie uterină, BCF normale, stare generală bună.

Forma gravă asociază starea de şoc hemoragic. Măsurarea presiunii venoase centrale este un bun criteriu de apreciere a şocului şi a evoluţiei. Pot apare tulburări vizuale, oligurie, hematurie. Pensarea valorilor TA are o mare valoare diagnostică.

Paraclinic

- Ecografia evidenţiază volumul decolării placentare sub forma unei imagini care modifică morfologia placentară normală de dimensiuni variabile şi echogenitate diferită. În plus se poate evalua starea fătului şi elimină o placentă praevia. Asociat pot apare semne secundare:
  - O zonă anecogenă placentară
  - Ascensionarea membranelor la nivelul marginii placentei
  - Existenţa unei decolări interuteroplacentare
  - O grosime a placentei peste 5,5 cm
- Explorarea coagulării poate decela:
  - Scăderea concentraţiei plasmatice a fibrinogenului, a numărului de trombocite
  - Prelugirea timpilor de coagulare (Quick şi Howel)
  - Apariţia monomerilor e fibrină
- Anemie
- Examen de urină patologic.

Formele clinice

Pot fi variate, de la forme asimptomatice la forme grave care se caracterizează prin 4 semne: şoc cu tulburări de coagulare, leziuni anatomice ale uterului - cu tetanizare şi anurie.

Alte forme:

- HRP asociat cu eclampsia
- HRP asociat cu ruptură uterină
- HRP recidivant

Diagnostic diferenţial se va face cu:

- Placenta praevia: nu sunt semne de disgravidie, tonus uterin normal, BCF normale, sângerare cu sânge roşu, indoloră
- Ruptură uterină: durere, şoc, BCF absente
- Hidramnios acut: absenţa HTA, uter mult mărit
- Tumori ovariene sau tumori praevia
- Ruptura varicelor vulvo-vaginale
- Ruptura sinusului marginal al placentei
- Apendicita acută, peritonita, pancreatita acută asociate sarcinii

Complicaţii

♦ Hemoragia prin defibrinare şi CID – apare mai ales la evacuarea uterului care este momentul cel mai critic. Incoagulabilitatea se datorează trecerii brutale a tromboplastinei în circulaţia meternă care va antrena o coagulare difuză şi intensă..

Clinic, sângele nu este coagulabil, procesul fiind continuu. Această hemoragie prin afibrinogenemie este generalizată fiind evidentă la uter care devine cianotic – marmorat, anexe, ligamentul larg, peritoneu, organe vecine realizând apoplexia utero-placentară.

♦ Insuficienţa renală acută poate fi tranzitorie sau definitivă prin necroza tubulară epitelială sau prin necroza corticală. Anuriile se datorează anoxiei, obstrucţiei renale datorită methemoglobinei, caracterizând rinichiul de şoc.

Semnele premonitorii dunt: dureri lombare, hiperazotemie, oligurie. Anuria tranzitorie (funcţională) se vindecă fără sechele după restabilirea volemiei.

♦ Necroza lobului anterior al hipofizei (sindrom Sheehan) ce determină panhipopituitarism

♦ Complicaţii hepatice, pancreatice

♦ Moartea fătului în uter

Conduita

Profilaxie

Profilaxia se poate realiza prin administrarea din trimestrul I a acidului folic cit si prin supravegherea valorilor tensionale in timpul sarcinii.

- Regim igieno-dietetic corect
- Evitarea decompresiunilor brutale din expulzie (hidramnios acut)
- Internarea în spital şi tratamentul disgravidiilor.

Curativ

Prognosticul matern este dominat de riscul hemoragic iar prevenirea tulburărilor de coagulare se face prin prin evacuarea rapidă a uterului (ideal între debutul HRP şi evacuarea uterului nu vor trece mai mult de 6 h).

Conduita urmăreşte:

- Reanimarea medicală (terapia şocului şi a tulburărilor de coagulare)î
- Evacuarea uterului prin naştere normală sau cezariană
- Reechilibrarea hidro-electrolitică, metabolică, acido-bazică.

În formele medii, care sunt cele mai frecvente cazuri, atitudinea este diferenţiată dacă fătul este mort sau viu.

- În caz de făt mort se face un bilanţ al stării mamei (clinico-biologic) şi se va evacua uterul cât mai rapid pe căi naturale (dacă este necesar se rup artificial membranele şi se asociază perfuzie ocitocică). Dacă naşterea nu este declanşată se face cezariana.
- În caz de făt viu, dacă naşterea nu este declanşată se va practica cezariana, iar dacă diagnosticul a fost pus în perioada de angajare se monitorizează naşterea naturală (ruperea membranelor, forceps sau vidextractor, extracţie manuală a placentei).

În formele grave cu şoc, terapia va fi simultană cu evacuarea uterului:

- Perfuzii cu soluţii cristaloide, macromoleculare, sânge
- Oxigenoterapie
- Antibiotice
- Corecţia tulburărilor metabolice
- Corijarea tulburărilor de coagulare cu sânge proaspăt, fibrinogen, plasmă, fermenţi antifibrinolitici, heparină

Operaţia cezariană se va face sub anestezie generală iar în cazul unor manifestări hemoragicce generalizate sau a hipotoniei uterine se indică histerectomia totală pentru eradicarea focarului coagulolitic.

Reechilibrarea se va continua intra şi postoperator, cu supravegherea paremetrilor clinico-paraclinici (rinichi, pulmon, ficat).

Prognosticul

Matern – este rezervat, mortalitatea maternă fiind de 0,5-1,5 la mia de cazuri prin insuficienţă renală acută, şoc, tulburări de coagulare.

Prognosticul îndepărtat este de asemenea rezervat existând un risc de recidivă de 10% (unii autori au propus cezariana sistematic la 37 săptămâni la a doua sarcină).

Fetal: este grav, mortalitatea fetală fiind de 50%.

FORCEPSUL

Este un instrument obstetrical pentru apucarea si extragerea capului fătului viu din canalul pelvi-genital.

Frecvența aplicării de forceps este de 16% în Franța, 10,5% în UK și 10-15% în USA. La noi frecvența este variată centrul spitalicesc și zona geografică, fiind în medie de 2-5%.

Din multitudinea modelelor de forceps (peste 700 de modele - dovadă a imperfecținii lor) la noi mai frecvent sunt utilizate forcepsurile Tarnier, Naegele, Kjelland și Demelin.

Descriere: Forcepsurile au două ramuri care se articulează între ele: un ram stâng plasat în stânga pacientei și un ram drept. Fiecare ram are o lingură, un mâner și două curburi (cefalică și pelvină).

Lingura este fenestrată, are curbură cefalică și permite apucarea capului fetal.

Mânerul are curbura pelvină și are sistem de solidarizare a celor două linguri (șurub de presiune) și un sistem de tracțiune care diferă după tipul de forceps.

Rolul forcepsului: forcepsul este un instrument de apucare, de tracțiune , de orientare și de flexie a capului fetal.

Apucarea va fi cât mai simetrică față de axa mediană a capului și se va aplica pe părțile solide astfel ca tracțiunea să se facă în axa occipito-mentonieră (apucare transversală, simetrică, parieto-malară).

Orientarea caută să reproducă evoluția naturală a capului fetal. Ea se face prin flexie, rotațieîn occipito-pubiană sau occipito-sacrată, asinclitism.

Tracțiunea asigură coborârea capului fetal.

Dintre diferitele tipuri de forceps, sunt două mari grupe: forcepsul cu ramuri încrucișate (Tarnier și Pajot) și forcepsul cu ramuri paralele (Suzor, Demelin nr.8)

Indicaţiile forcepsului:

Indicaţii materne: când sunt contraindicate eforturile expulzive - cardiopatie, insuficiență respiratorie, antecedente de pneumotorax, leziuni oculare, decolare de retină, leziuni cerebrale, preeclampsie, eclampsie.

Indicaţii fetale:

- prelungirea expulziei peste 30 minute;
- suferința fetală în expulzie.

Contraindicaţii:

- neangajarea capului fetal;
- anomalii osoase fetale (osteogeneza imperfecta)
- tulburări de coagulare

Condiții de aplicare:

- materne :
  - canal osos de dimensiuni normale;
  - dilatație completă
  - membrane rupte
  - prezentație craniană (sau cap ultim în prezentație pelvină)
- fetale:
  - prezentație angajată și cel puțin parțial coborâtă
  - făt viu, viabil

Pregătirea preoperatorie: Forcepsul se aplică în sala de nașteri sau sala de operație.

Anestezia :

- peridurală, generală;
- dacă capul e jos, extracția facilă, manevra se poate aplica fără anestezie, sau cu o anestezie locală a perineului, a nervilor rușinoși asociat cu o anestezie a traiectului epiziotomiei.

Se verifică dilatarea colului, mecanismul de naștere.

Se va utiliza forcepsul cu care este obișnuit operatorul.

Aplicarea: se face fără efort. Lingurile vor aluneca fără rezistență. Operatorul va recunoaște dacă prezentația este orientată în diametrul antero- posterior (OP sau OS), în diametrul oblic stâng sau drept, sau în diametrul transvers.

Aplicarea în poziția OP (occipito-pubiană) - este tipul de priză cel mai frecvent când capul se aplică la strâmtoarea inferioară sau la vulvă.

Introducerea ramului stâng - se va face cu mâna stângă , pe degetele ghid a mâinii drepte introduse in vagin, plasând lingura pe regiunea parieto - malară a fătului.

Introducerea ramului drept - cu mâna dreaptă, pe degetele ghid a mâinii stângi.

Se face articularea ramurilor și strângerea șurubului de presiune. se verifică priza prin EVD. Se montează tractorul (forceps Tarnier), se face perineotomia.

Extragerea se face prin tracțiuni ritmice, prin forța bicepșilor, în axul ombilico - coccigian.

Flexia capului este asigurată prin tracțiune, apoi deflexia tradusă prin tendința de ascensiune a ramurilor forcepsului.

După ce la vulvă apare marea fontanelă, se demontează tractorul și se continuă deflexiunea prin exteriorizarea frunții și a arcadelor orbitare.

Se demontează forcepsul, se scot lingurile în ordine inversă introducerii și se continuă asistența la naşterecala naşterea normală.

Aplicarea în poziția OS (occipito-sacrată): priza va fi transversală, simetrică, parieto-malară.

Introducerea lingurilor se face la fel ca în OP. EXtragerea se face prin tracțiuni în axul ombilico-coccigian până la pariția șanțului nazo-frontal apoi axul se schimbă până când mica fontanelă apare la comisura vulvară posterioară.

După naștere se face un examen minuțios al căilor genitale.

Celelate tipuri de aplicații de forceps în OISA, OIDA sau OISP și OIDP sunt mai dificile, necesită multă experiență și sunt mult mai rar utilizate.

Forcepsul se mai poate aplica pe o prezentație facială sau pe cap ultim (în prezentația pelvină).

Incidente - accidente

- Eșecul aplicării - poate avea mai multe cauze, însă este foarte important să nu se persiste în mai multe aplicații cu unicul scop de a se obține o naștere vaginală, fiindcă procentul complicațiilor crește succesiv.

- Leziuni materne:
  - rupturi de col, vagin, perineu.
  - leziuni urinare: vezică, uretră.
  - leziuni rectale.
- Leziuni fetale:
  - contuzii, cefal hematom, fracturi și înfundări ale oaselor craniului.
  - leziuni oculare, paralizie facială;
  - leziuni cerebro-meningee.

VID EXTRACŢIA

Ventuza obstetricală este un instrument cu care se poate efectua flexia și tracțiunea asupra capului fetal, având forma unor cupe de dimensiuni variate (4, 5, 6 cm) în interiorul cărora se creează vid. Ventuza prezintă un sistem de tracțiune. Ventuzele sunt din metal, cauciuc sau silicon.

Contraindicațiile sunt:

- naşterea prematură (sub 36 săptămâni);
- tulburări de coagulare;
- existența unor leziuni a tegumentelor capului fetal;

- prezentația frontală, facială, pelvină;
- bosă sero-sanguinolentă.

Deși indicațiile vid extracției sunt aceleași ca și pentru aplicarea de forceps, totuși ventuza obstetricală este utilă mai ales în oprirea progresiei prezentației prin deflexie în specialîn varietațile transverse.

Complicațiile aplicării se referă la:

- leziuni a părților moi: hematom, cefal hematom;
- derapajul cupei;
- eșecul metodei (după care se poate aplica forcepsul);
- hemoragii retiniene;
- hemoragii meningo-cerebrale.

Ventuza obstetricală poate fi un substitut pentru aplicarea de forceps, cu același efect, dar având complicații mai reuse. La eșec se poate repeta manevra de 2-3 ori.

CAPITOLUL 19

METODOLOGIA PREZENTĂRII UNUI CAZ CLINIC OBSTETRICAL

După absolvirea facultăţii, medicul este obligat să parcurgă o serie de etape de promovare pe linie profesională, ceea ce implică susţinerea multor examene şi concursuri. Acestea presupun o examinare si o expunere a cazului in faţa comisiei, după o anumită metodologie, unitară în ţara noastră, care au drept scop evaluarea candidatului, după criterii care, deşi par rigide(încadrare în timp, urmărirea unor etape în prezentarea cazului etc.), constituie modalităţi de departajare şi selectare ale candidaţilor.

Schema de faţa va urmări fixarea unor jaloane în prezentarea unui caz obstetrical(gravidă la termen), fară a intra în detalii, care reflectă, de fapt, particularitatea cazului.

La prezentarea cazului, candidatul este obligat să respecte atât criterii temporare, cât şi o anumită metodologie, aparte pentru fiecare specialitate. Acest articol îşi propune să ofere metodologia de prezentare a unui caz obstetrical, cu menţiunea că pot exista unele diferenţe nesemnificative între diferitele centre universitare.

Etapele examinării unui caz clinic

Acestea se desfăşoară într-un interval de 60 de minute, repartizate astfel:

- primele 20 de minute sunt consacrate efectuării anamnezei, a examenului clinic general pe segmente, a examenului local si cererii de investigaţii(care nu vor fi comentate). Pentru o mai bună încadrare in timp, recomandăm cinci-şapte minute pentru anamneză, 10 minute, pentru examinare, şi trei-cinci minute, pentru aflarea analizelor paraclinice, fără a exista rigori în această departajare. În cazul în care candidatul termină mai repede etapele enumerate, poate reveni cu unele în-

trebări suplimentare asupra afecţiunii; în schimb, după epuizarea celor 20 de minute, nu mai are permisiunea continuării examinării, fiind depunctat dacă nu şi-a finalizat explorarea cazului(ceea ce conduce, implicit, şi la un diagnostic incomplet sau la erori de diagnostic);

- urmatoarele 20 de minute sunt consacrate ordonării şi organizării datelor obţinute după o anumită metodologie, pentru a fi, ulterior, prezentate comisiei;
- ultimele 20 de minute sunt utilizate pentru prezentarea cazului clinic.

De menţionat că neîncadrarea în timp(candidatul termină mai repede sau nu-şi sfarşeşte prezentarea) se depunctează.

Ultima etapă este extrem de importantă, permiţand comisiei evaluarea cunoştinţelor candidatului, care fără a teoretiza cazul clinic, trebuie să facă dovada cunoştinţelor sale teoretice expunând clar, succint şi evident într-o manieră ştiinţifică, datele referitoare strict la cazul examinat.

În cele ce urmează vom expune metodologia prezentării unui caz obstetrical, specificând etapele prezentării, de o manieră generală, urmând ca fiecare medic să aplice schema la fiecare caz în parte.

Expunerea începe cu prezentarea anamnezei:

- datele generale: nume, vârsta, domiciliu, ocupaţie, religie, stare civilă, data şi locul naşterii;
- modalitatea internării (salvare etc.);
- motivele internării:
  - metroragie(calitatea si cantitatea sângerării)
  - contracţii uterine dureroase
  - lipsa mişcărilor fetale
  - alte simptome asociate: HTA, fenomene urinare, pulmonare etc.
- antecedente personale fiziologice: menarha, caracterele ciclului menstrual, fenomene asociate ciclului
  - numărul total de sarcini(naşteri, avorturi, SEU)
  - naşteri: termenul acestora, evoluţia, modalitatea naşterii, evoluţia lehuzei, numărul copiilor, greutatea la naştere, scor APGAR, perioada alăptării, evoluţia ulterioară a copiilor

- avorturi: număr, modalitatea avortului(la cerere, spontan, provocat, terapeutic), la ce vârsta de sarcină a avut loc, evoluţia postabortum

– antecedente personale patologice: HTA, diabet zaharat, TBC, lues, alte boli
– antecedente heredo-colaterale: boli familiale, vârsta soţului, grup sanguin, Rh, boli ale soţului
– condiţii de viaţa şi muncă: condiţii de locuit, venitul mediu lunar, condiţii de muncă, armonia familială, consumul de alcool şi/sau cafea
– istoricul sarcinii actuale: ultima menstruaţie, data luării în evidenţă a sarcinii, analizele efectuate, primele mişcări fetale, numărul controalelor prenatale şi data ultimului control efectuat, cine a efectuat aceste controale(medic, asistent etc.), evoluţia sarcinii până la internare(internări, tratamente), dacă a fost respectată legislaţia în ceea ce priveşte concediul prenatal, ture de noapte, expuneri la noxe, data probabilă a naşterii.

A doua etapa este prezentarea elementelor patologice rezultate în urma examenului pe segmente. Se va menţiona starea generală, tipul constituţional, TA, pulsul, talia şi greutatea(la data examinării şi la data luării în evidenţă, pentru a aprecia creşterea ponderală).

Examenul obstetrical: examenul cu valve, examenul digital, palparea obstetricală, înălţimea fundului uterin, bătăile cordului fetal, pelvimetria externă(discutabil) şi internă, rombul lui Michaelis, baza triunghiului lui Trillat, diametrul biischiatic. Se vor mentiona: cloasma gravidei, modificările specifice ale sânilor, pigmentarea liniei albe etc.

Examinarea gravidei se termină cu studiul mersului acesteia.

Examenul anamnestic si cel fizic vor fi completate cu datele explorărilor paraclinice, însă de această dată fiecare investigaţie va fi comentată şi justificată. Aceasta este o primă etapă de erori frecvente pe care le fac mulţi candidaţi, care în dorinţa de a-şi etala cunoştinţele, cer extrem de multe investigaţii, de cele mai multe ori inutile.

Se cer şi se comentează obligatoriu:

– curba termică, a TA, pulsului, tranzitului şi a diurezei de la data internării
– curba sanguină şi Rh

- testarea reacţiilor alergice
- în dinamică(din primul trimestru de sarcină): hemograma, examenul sumar de urină, reacţia serologică pentru lues şi toxoplasmoză, curba TA şi a greutăţii, frotiul cito-bacteriologic si cito-diagnostic, testul HIV, examenul ecografic, al conţinutului uterin

În funcţie de particularităţile cazului şi de existenta afecţiunilor asociate se pot solicita şi alte investigaţii: glicemie, probe hepatice, uree, creatinină, leucograma şi VSH(cu toate că rezultatele acestor ultime două investigaţii pot fi modificate de sarcină).

Pentru aprecierea stării fătului şi a evoluţiei sale se cer şi se comentează: ritmul cardiac fetal, scorul biofizic, dozări hormonale sau de maturitate fetală. Aceste investigaţii vor fi completate obligatoriu, ori de câte ori este nevoie cu analize specifice de sitem sau aparat sau examene din alte specialităţi(boli interne, cardiologie, oftalmologie, etc.).

Următorul element în prezentare este enunţarea diagnosticului pozitiv complet de sarcină şi a bolilor asociate, precum şi susţinerea respectivului diagnostic pe baza elementelor anamnestice, clinice si paraclinice.

În situaţia existenţei unor afecţiuni specifice sarcinii, se vor discuta şi diagnosticul etiopatogenic(HTA gestatională, anemie de sarcină, infectie urinară etc.). Particularităţile cazului pot încheia acest subcapitol.

Diagnosticul diferenţial al unei sarcini în ultimele două trimestre este pur teoretic, datorită existenţei unor semne de certitudine, însa se va face cu: fibromul uterin gigant, ascita, chistul de ovar gigant sau sarcina psihică.

Prognosticul de evoluţie a sarcinii se discută numai pentru sarcinile sub 38 de săptămâni. În această situaţie se vor comenta elementele care contribuie la fixarea acestui prognostic:

- factori din mediul extern: profesia, alimentaţia, condiţiile de locuit, ambianţa familială etc.
- antecedentele obstetricale
- rezultatele examenului clinic general şi local

Dacă acest prognostic este rezervat, se va indica şi comenta terapia.

Prognosticul de evoluţie a naşterii: acesta poate fi bun sau rezervat în funcţie de unii factori de risc fetal, matern sau mixt.

Conduita: în funcţie de rezultatul evaluării factorilor care contribuie la fixarea prognosticului de naştere, se discută conduita pentru o sarcină la termen- naştere naturală sau operaţie cezariană.

Situaţia cea mai frecventă este asistenţa naşterii pe cale naturală, când, în funcţie de timpul rămas pentru expunere, se pot trece în revistă perioadele naşterii, incidente, accidente, fixarea scorului APGAR la nounascut etc.

Prognosticul fetal: va fi discutat în funcţie de prognosticul de evoluţie al sarcinii şi al naşterii sau al bolilor asociate.

Prognosticul lehuziei: se va discuta în funcţie de perioada de lehuzie- imediată, propriu- zisă sau îndepărtată.

Prognosticul sarcinilor, naşterilor şi al lehuziilor viitoare este în legătură atât cu prognosticul sarcinii actuale, cât şi cu prezenţa unor boli asociate.

Prognosticul funcţional: se va discuta prognosticul gestativ, sexual, de statistică pelvină şi cel psihic.

Contracepţia în post partum şi ulterior se ia în discuţie în funcţie de dorinţa parturientei, religie etc.

BIBLIOGRAFIE GENERALĂ

1. Abboud P., Boury C., Bory J.P. : Accouchement differes dans les grossesses multiple: est ce raisonable? Contracept. Fertil. Sex. 1998,26, 356 – 62
2. American College of Obstetricians and Gynecologists . Practice Bulletin. Induction of Labor . Obstet. Gynecol. !999, 10.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists: *Standards for Obstetric-Gynecologic Services*, 6th ed. ACOG, Washington, DC, 1985
4. Aflak N., Rafii A., Cristalli B., Deval B., Levardon M. : Presentation de l'epaule. Encycl. Med. Chir – Obstetrique 5-049-l-60
5. Andra Ph, Jacquout F. : Les presentation cephaliques deflechies. Rev. Fr. Gynecol. Obstet. 1988,83,355 – 357.
6. Artal R, Wiswell RA (eds): *Exercise in Pregnancy*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1985
7. Ashe JR, Schofield TA, Gram MR. The retention of calcium, iron, phosphorus and magnesium during pregnncy: the adequacy of prenatal diets with and without supplementation. *Am J Clin Nutr*, 1979;32:286
8. Beeley L. *Siguranţă în prescrierea medicamentelor*. Ed Medicală, Bucureşti, 1993
9. Ben – Akli K., Riethmuller D, Maillet R, Schaal JP: La Presentation du siege singleton a terme: cesarienne prophylactique versus voie basse acceptee. A propos d' une serie bisontine de 529 cas. Journal de Gynecc. Obst. Et Biol. De la Reprod. Vol 31, nr 2,2002, 203 – 204.
10. Benson RC. *Current obsterics & gynecologic diagnosis & treatment*. Lange Medical Publ, Los Altos California, 1982
11. Berkane N, Uzan S. Urgences vitales maternelles en obstetrique. Masson Cie, Paris, 2002.
12. Bianchi DW, Cromblehome TM, D"Alton ME. Fetology: Diagnosis & Management of the Fetal Patient. McGrawHill, 2000.
13. Bingham P., Litford RJ : Management of the selected term breech presentation: Assesment of risks of selected vaginal delivery versus cesarean for all cases. Obstet. Gynecol. 69 , 1987.
14. Braila MG., Berceanu S., Obstetrica vol I-II, editura Aius 1997
15. Brettelle F., D'Ercole C., Cravello L. : Uterus bicicatriciel : la proce de l'epreuve uterine. J. Gynecol. Obstet. Biol. Repro. 1998, 27, 421 – 424.

16. Broche D, Riethmuller D, Maticot – Baptista D, Ramanah R., Cossa S., Maillet R.: Extraction par ventouse obstetrical e sur presentation du siege decomplete. Journal de Gynec. Obstet.Biol. Reprod. Vol 37, 2, 143 -148.

17. Broche D.E., Maillet R., Curie V.., Ramanah R., Schaal J.P., Rietmuller D. Accouchement en presentation du siege. Encycl. Med. Chir. Paris – Obstetrique, 5 – 049 – L – 40.

18. Cabrol Dominique, Pous Jean Claude, Goffinet F. : Traite d' Obstetrique. Flammarin Medicine – Sciences 2003

19. Callen PW., Ultrasonography in obstetrics and gynecology, WB Saunders, 1996

20. Casian O, Scutaru A, Burlacu L et al. Activitatea sexualã în cursul sarcinii. In: *Sexualitatea normalã si patologicã*, Iasi,1996:104

21. Chez RA, Pitkin RM: Nutritional supplements during pregnancy. *Contemp OB/GYN* 19:199, 1982

22. Chome E. : Les cesariennes. Techniques operatoires. Encycl. Med. Chir. Paris, Obstetrique 2, 5 100D , 50, pp 3 – 10 .

23. CNGOF : Recomandation pour la pratique Clinique : la cesarienne. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2000, 29, supl. 2, 1 – 109.

24. Collette C., Maillent R. : Mecanique et techniques obstetricales. Sauramps edit. Montpellier 1993.

25. Coude – Agudelo A. , Belizan JM, Diaz – Rosselo JL : Epidemiology of fetal death in Latin America. Acta obstetrician et gynecologica Scandinavica, 2000, 79, 371 – 378.

26. Cunningham F.G., Hanth J.C., Leveno K. J., Gilstraps L., Bloom S. L., Wenstrom K.D.. Williams obstetrics. 22nd ed NY Mc. Grow – Hill Medical Publishing Division 2005

27. Dale B, Roeber J: *The Pregnancy Exercise Book,* Pantheon Books, New York, 1982

28. Dieusarert P. Guide pratique des analyses prenatales. Maloine, Paris, 1998

29. Dobrovici V. – Ginecologia – Inst. de Medicină şi Farmacie – Iaşi 1974.

30. Duff P. : Diagnosis and management of face presentation . Obstet. Gynecol. 1981, 57, 105 – 112.

31. Dufour Ph., Vinatier S., Benani N.: Version par manoevres interneset grande extraction de siege chez le deuxieme jumeau. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1996, 25, 617 – 622.

32. Dumitrache Fl. *Elemente de Obstetricã pentru învãtãmântul universitar si postuniversitar*. Ed. Media-Tech, Iasi, 1999

33. Dumitrache Fl., Socolov R.: Ghid de igienă şi urmărirea sarcinii. Ed. Cantes – Iaşi 2001

34. Dumitrache Fl.: Metodologia prezentării unui caz obstetrical BMJ. Vol. 7, nr. 3, 2000, 136.

35. Ferguson JH, Keaton A: Studies on the diets of pregnant women in Mississippi: Ingestion of clay and laundry starch. *New Orleans Med Surg J* 102:460, 1950

36. FIGO – Recomandation of the FIGO Committee on perinatal Health on guide lines for the management of breech delivery . Europ J. Obstet Gynecol. !995, 58, 89 – 92

37. Fraser FC: Introduction: The development of genetic counseling. In Capron AM, Lappe M, Burray RF el al (eds): *Genetic counseling: Facts, values, and norms. Birth Defects* 15(2):5, 1979

38. Gafiţanu D., Dumitrache F., Păvăleanu M., Evaluarea echografică a patologiei aparatului urinar în trimestrul II şi III de sarcină, Revista societăţii de Medici şi Naturalişti, vol 108, 2004, 183-186

39. Gafiţanu D., Dumitrache F., Stavarache M., Posibilităţi de evaluare echografică a patologiei cardiace la făt, Revista Societăţii de Medici şi Naturalişti, vol 108, 2004, 179-183

40. Gafiţanu D., Parametri echografici în infecţia fetală perinatală, Revista Societăţii de Medici şi Naturalişti, vol105, 2001

41. Gafiţanu D., Pricop F., Păvăleanu M., Particularităţi etiologice în hidropsul fetal, Revista Societăţii de Medici şi Naturalişti, vol 108, 2004, 106-109

42. Gafiţanu D., Răuţu R., Buţureanu Ş., Posibilităţi de evaluare echografică prenatală a patologiei sistemului nervos, Revista Societăţii de Medici şi Naturalişti, vol 108, 2004, 186-189

43. Gafiţanu D., Răuţu R., Focare echogenice intracardiace, Revista Societăţii de Medici şi Naturalişti, vol105, 2001

44. Gafiţanu D., Răuţu R., Posibilităţi de depistare a IUGR, Revista Societăţii de Medici şi Naturalişti, vol 105, 2001

45. Gavrilescu C, Lupascu Gh, Teleman Gh. *Indrumator practic de obstetricã si ginecologie.* IMF Iasi, 1987

46. Geelen JAG: Hypervitaminosis A induced teratogenesis. *CRC Crit Rev Toxicol* 6:351, 1979

47. Goffinet F., Hubert P. : Enquette de pratique nationale aupres des obstetriciens sur le declanchement artificial du travail. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 1999, 28, 319 – 329.

48. Graham I.D. : Episiotomy Blakwell Sciences edit. Oxford. 1997

49. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA et al: Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J* 2:486, 1975

50. Hannah ME, Hannah V.J., Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Wilan AR : Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. The lancet 2000, 356, 1368 – 1369.

51. Hassid P: *Textbook for Childbirth Educators*, 2nd ed. JB Lippincott. Philadelphia. 1984

52. Hicks JM, Iosefsohn M: Letter to the editor: Reliability of home pregnancy-test kits in the hands of laypersons. *N Engl J Med* 320:320, 1989

53. Hofmeyer GJ, Gullmezoglu A. M., Alfirevic Z. : Misoprostol for induction of labor: a systematic review. Br. J. Obstet.. Gynecol 1999, 106, 798 – 803.

54. Hofmeyr G.J., Kulier R. : External cephalic version for breech presentation at term (Cochrane Review) in Cochrane database of systematic reviews issue 2, 2001, CD 000083.

55. Hofmeyr GJ, Hannah M.E. : Planned caesarean section for term breech delivery (Cochrane Review) In Cochrane database of systematic reviews. Issue 3, 2001, CD 0000166.

56. Hofmeyr GJ, Kulier R : Expedited versus conservative approaches for vaginal delivery in breech presentation . Cochrane Data Base Sys. Rev. 2000, 2, CD. 000082.

57. Hook EB: Dietary cravings and aversions during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 31:1355, 1978

58. Horovitz J, Hocke C, Roux D, Dubecq JP. Suite de couches normales et pathologiques. *Encycl Med Chir, Obstetrique*, Paris, 1994: 5110 A10

59. Institute of Medicine: *Nutrition During Pregnancy.* National Academy Press, Washington, DC, 1990

60. James J. K, Steer P.J., Weiner C.P. Gonik B. : High Risk Pregnancy – Management Options ed. III 2006 Sounders Elsevier .

61. Jarrett J, Spallacy W: Jogging during pregnancy: An improved outcome? *Obstet Gynecol* 61:705, 1983

62. Kitzinger S: *Women's Experience of Sex*. Putnam, New York, 1983

63. Lackey C J: Pica--pregnancy's etiological mystery. In *Alternative Dietary Practices and Nutritional Abuses in Pregnancy, Proceedings of a Workshop.* Washington, DC, National Academy Press, 1982

64. Lansac J., Berger C., Magnin G. : Obstetrique pour le practicien 2 ed. SIMEP – Paris 1990.

65. Lansac J., Body G, Perrotin F, Marret H.: Pratique de l'accouchement. Ed. Masson Paris 2001.

66. Luca V, Crisan N. *Consultatia prenatalã*. Ed. Medicalã, Bucuresti, 1992.

67. Luca V. *Diagnosticul si conduita în sarcina cu risc crescut*. Ed. Medicalã, Bucuresti, 1989

68. Magnin G. : Versions obstetricales. Encycl. Med. Chir. – Paris – Obstetrique. 5 – 098A – 10 1994.

69. Malinas Y., Fabier M.: Mecanisme general de l'accouchement. Encycl. Med. Chir., Paris, Obstetrique 5017, C- 10, 4, 5.06.

70. Malins Y, Malinas J. Surveillance clinique de la grossesse. *Encycl. Med. Chir. Paris, Obstetrique*, 1982: 5012 A10

71. Merkatz IR, Thompson JE (eds): *New Perspective on Prenatal Care.* Elsevier, New York, 1990

72. Miller A, Callander R. *Obstetrics Illustrated*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1989

73. Minkoff H: The medical significance of the obstetric history. *Am Fam Physician* 27:164, 1983

74. Moore KL, Persaud TV: The Developing Human: Clinically Oriented Embryology, 5th edition, Philadelphia: WB Saunders Company, 1993.

75. Morin P. : L'accouchement. Flammarin Paris 1985.

76. Munteanu I. – Tratat de Obstetrică Ed. II vol I – Ed. Acad. Române – 2006.

77. Nakahata A, Sollid D: *Pre and Post Natal Exercises*. Babes, Kentfield, CA, 1985

78. Nanu D., Marinescu B., Matei D., Iosipescu Fl.: Esenţialul în obstetrică . Ed. Med. Amaltea Buc. 2008.

79. Negro R, Soldin OP, Obregon MJ, Stagnaro-Green A. Hypothyroxinemia and pregnancy. Endocrin Pract 2011; Jan 17: 1-24

80. Nicolaides K. H., Sebire N. J., Snijders R. J. M., The 11-14 weeks scan, Parthenon Publishing, 1999

81. Nicolaides K.H., Rizzo G., Hecher K., Placental and fetal Doppler, Parthenon Publishing 2000

82. Noble E: *Essential Exercises for the Childbearing Year*, 2nd ed. Houghton Mifflin, Boston, 1982

83. Nurses Association of the American College of Obstetricians and Gynecologists: *Guidelines for Childbirth Education*. NAACOG, Washington, DC, 1981

84. Paech MJ, Godkin R., Welster S.: Complications of obstetric epidural analgesia and anaesthesia : a prospective analysis of 10995 cases. Int. J. Obstet. Anesth. 1998. 7, 5 – 11 .

85. Parent O., Reme J.M., Mourozies X. : Dechirure obstetricale recentes du perine et episiotomies. Encycl. Med. Chir. Paris. Obstetrique 5 -078 A – 10, 1999, 9p.

86. Pelinescu Onciul D., Bari M., Ecografia în obstetrică şi ginecologie – semiologie ecografică normală, Editura Didactică şi pedagogică, Bucureşti, 2005

87. Phelan J. P., Stine L. E., Edwards N.B., Clark L.S., Horenstein J. : The role of external version in the management of the transverse lie presentation. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985, 151, 724 – 786.

88. Pierre F., Forveille F. : Presentation du front et du bregma . Encycl Med. Chir. Gynecologie 5 – 049 – L – 15 – 1994 – 6p.

89. Poulain P., Palaric J. C. , Jaquemard F. : Les cesariennes. Encycl. Med. Chir. Paris Obstetrique, 1991, 5102, A – 10.

90. Pricop Fl. *Planificarea familialã- elemente interdisciplinare.* Ed. Venus, Iasi 1997

91. Pricop M. *Obstetricã- Ginecologie, Curs pentru studentii anului VI Medicnã Generalã.* Litografia UMF, Iasi, 1993

92. Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care: *Caring for Our Future: The Content of Prenatal Care*. Washington, DC, Department of Health and Human Services, US Public Health Service, 1989

93. Rageth J.C., Juzi C., Crossenbacher H. : Delivery after previous cesarean; a risk evaluation. Obstet. Gynecol. 1999, 93, 332 – 337.

94. Rayburn WF, Wilson EA: Coital activity and premature delivery. *Am J Obstet Gynecol* 137:972, 1980

95. Rietmuller D., Teffaud O., Eyrand J. : Prognostic maternel et foetal du degagement an occipito – sacre. J Gynecol. Obsatet. Biol. Reprod. !999, 28, 41 – 47.

96. Royal college of Obstetricians and Gynaecologist. Guide Lines. Breech Delivery 2000.

97. Sibley L, Rubling, Cameron-Foster J et al: Swimming and physical fitness during pregnancy. *J Nurse Midwife* 26:3, 1981

98. Simpson JL, Elias S, Gatlin M et al: Genetic counseling and genetic services in obstetrics and gynecology: Implications for educational goals and clinical practice*. Am J Obstel Gynecol* 140:70, 1981

99. Smith M.A. : A critical review of labor and birth care. J. Fam. Pract. 1991, 33, 281 -292.

100. Societe Francaise d' Anesthesie Reanimation.: Recomandation concernant la pratique de l'analgesie obstetricale. J. Gynecol. Obstet. Biol Reprod. 1994, 23, 108 – 110.

101. Sokol RJ, Woolf RB, Rosen MG, Weingarden K: Risk, antepartum care, and outcome: Impact of a maternity and infant care project. *Obstet Gynecol* 56:150, 1980

102. Sorenson JR, Culbert AJ: Genetic counselors and counseling orientation. Unexamined topics in evaluation. In Lubs HA, de la Cruz F (eds): *Genetic Counseling*. Raven Press, New York, 1977

103. Stone J., Eddleman K., Patel S. : Controversies in the intrapartum managementof twin gestations. Obstetrics an Gynecology Clinics of North America 1999, 26, 2.

104. Strange L, Carstrom K, Eriksson M: Hypervitaminosis A in early human pregnancy and malformations of the central nervous system*. Acta Obstet Gynecol* Scand 57:289, 1978

105. Tafari N, Naeye RL, Gobezie A: Effects of maternal undernutrition and heavy physical work during pregnancy on birth weight. *Br J Obstet Gynaecol* 87:222, 1980

106. Thoulon JM. Petits maux de la grossesse. *Encycl. Med. Chir. Paris, Obstetrique*, 1994: 5012 A20

107. Tolor A, Digrazia PV: Sexual attitudes and behavior patterns during and following pregnancy. *Arch Sex Behav* 5:539, 1976

108. Van Aken H., Van Assche A. : Recent advances in epidural analgesia in obstetrics. Europ. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 1995 , 59, S1 – S 67.

109. Villarosa L: Running and Pregnancy, Having It All. *The Runner*, August 1985

110. Vîrtej P. : Obstetrică fiziologică şi patologică. Edit. ALL – Buc. – 1996.

111. Wagner SJ, Craici I, Reed D, Norby S, Bailey K, Wiste HJ. Maternal and fetal outcomes in pregnant patients with active lupus nephritis. Lupus 2009;18:342-347

112. Weil S, Deppe C, Noachtar S. The treatment of women with epilepsy. Dtsch Artztebl Int 2010;107:787-793

113. Willlams M: *Keeping Fit for Pregnancy and Labour*. National Childbirth Trust, London, 1970

114. Worthington B, Vermeersch J, Williams SR: *Nutrition in pregnancy and lactation.* St Louis, CV Mosby, 1977